

دكتور محمود تغايروس

مشكلات الصحة النفسية
في الدولة النامية



مكتبة النهضة المصرية
٩ شارع عسلى بالقاهرة

مشكلات الصحة النفسية في الدولة النامية

تأليف

دكتور محمود تغايروس

رئيس قسم الصحة النفسية
بكلية التربية بجامعة عين شمس
ومدير العيادة النفسية التابعة للكلية

(١) مشكلات الصحة النفسية في المجال العلاجي



مكتبة النهضة المصرية
٩ شارع عدلي بالقاهرة

الإهداء

الى كل من يهتمه أمر بناء البشر ،
وكذلك من يهتمهم بناء المصانع ،
فى بلادنا الفتية ...

أقدم هذا الكتاب ؟

ص ٠ م

مقدمة

قضية الكتاب

هل يجوز أن يصبح موضوع كالصحة النفسية أحد الأمور التي يشغل بها المسئولون والمخططون والمهيمنون على الأمور في الدولة النامية ؟!

لعل الإجابة التي تقفز الى الذهن مباشرة عن هذا التساؤل هي بالنفي - فان الدولة النامية انما يجب أن تهتم بالدرجة الأولى بقوت أبنائها وأمنهم وتعليمهم وصحتهم البدنية ، وبمشكلاتهم المباشرة وقضاء حاجاتهم الأساسية لا الفرعية ولا الثانوية !

وعلى الرغم من ذلك فاننا اذا لم نأخذ الأمور بالنظرة السطحية والتبسيط الزائد ، لوجدنا أن الاهتمام بالصحة النفسية ومشكلاتها ينبغي فعلا أن يأتي في مقدمة اهتمامات المسئولين عن التخطيط في المجتمع النامي .

فمن جهة نجد أن الاهتمام بقوت الناس وأمنهم وتعليمهم وصحتهم البدنية واحتياجاتهم ومشكلاتهم المباشرة لا يخرج عن نطاق الاهتمام بصحتهم النفسية، بل هو في واقع الأمر جزء أساسي من هذا الاهتمام . ومن جهة أخرى فان الصحة النفسية لأفراد المجتمع تعنى فيما تعنيه الكفاية الانتاجية لهؤلاء الأفراد ، وحسن قيامهم بالأدوار الاجتماعية المنتظمة منهم كمواطنين متنورين ، وكأعضاء في أسر وفي نقابات وجماعات ومؤسسات اجتماعية مختلفة .. كما تتضمن الصحة النفسية أيضاً احساس المواطنين بالانتماء الى الوطن الواحد ، وتكافلهم الاجتماعي ، وشعورهم بالثقة والقدرة واحساسهم الايجابي بالرضا عن أنفسهم وبالسعادة في علاقاتهم وعملهم وممارساتهم اليومية .

ان دولة نامية مثل الجمهورية العربية المتحدة قد شعرت بأنه لا غنى لها عن التوسع الصناعي اذا أرادت أن تبلغ شأوا من الحضارة يقارب بينها وبين

الدول المتقدمة وأن تواجه في الوقت نفسه المشكلات المعيشية لجماعيها الفقيرة كما شعرت أيضا أنها لا تستطيع أن تحافظ على أمنها وأن تتفوق على عدوها المتربص بها دون أن تقطع شوطا كبيرا في التقدم العلمي والتكنولوجي بشكل عام وما يرتبط منه ارتباطا مباشرا بالفنون العسكرية الحديثة بشكل خاص .. كذلك جعلت الجمهورية العربية المتحدة التنمية الزراعية من بين الأهداف الرئيسية لخطتها في توسيع رقعة الانتاج والارتفاع بمستوى الدخل القومي .

وهذه الأهداف الحيوية لدولتنا النامية لا تستلزم فقط توفير المكائن والاسلحة والوسائل الفنية ، وانما تستلزم أيضا توفير الرجال المدربين ذوي الخبرة والقدرة والوعى والثقة التامة بأنفسهم ، في كل ميدان من الميادين وكل مجال من مجالات الحياة في المجتمع .

وتوفير هؤلاء الرجال المدربين لا يتم عن طريق التعليم الرسمي والتدريب العملي وحدهما ، بل ان هناك مشكلات « نفسية » أساسية لا بد من التعرض لها في سعينا لتحقيق هذا الهدف بالنسبة الى كل ميدان من ميادين نهضتنا ، في الصناعة والزراعة والتكنولوجيا والحرب !

لا بد من مواجهة مشكلة اختيار الرجل المناسب للعمل المناسب ، وهي مشكلة تدرس في علم النفس تحت عناوين مثل « التوجيه المهني » و « التوجيه التربوي » و « الاختيار المهني » و « الرضا عن العمل » ، ولها أساليبها العلمية وأدواتها المعروفة ... ولا بد من التعرض لمشكلة الروح المعنوية للعامل والجندي والفلاح في القرية ... ولا بد من الاهتمام بدراسة الاتجاهات النفسية للمواطنين في القرية والمدينة ، والوسائل والأساليب الكفيلة بتعديل هذه الاتجاهات لتساير أهداف الدولة وخطتها للتنمية .. ولا بد أيضا من تناول مشكلات الصناعة وحوافز الانتاج وأساليب الإدارة واصابات العمل وغياب العمال والعلاقات الانسانية في المصنع . بل لا بد من القيام بالدراسات التي تستهدف مواجهة التغيرات المرتقبة في أساليب حياة الناس وطرق معيشتهم ، تلك

التغيرات التي سوف تترتب على تحول أعداد كبيرة الى الصناعة والمدن الصناعية ... ولا بد من مواجهة فطنة لمشكلة نوع التعليم ونوع المدارس والمدرسين الالاي تستلزمه هذه النهضة الشاملة وتتطلبه إعادة تشكيل المجتمع . . . ولا بد كذلك من الالام بالأساليب النفسية والوسائل السيكلولوجية المستخدمة في بناء الجيوش الحديثة !!

كل هذه المسائل وغيرها ، تستلزم الافادة القصوى من المعارف والمهارات التي تزودنا بها الدراسات المتخصصة في علم النفس والصحة النفسية - بقدر ما تستلزم الافادة القصوى من علوم الهندسة والتكنولوجيا والطب والزراعة والاجتماع والفنون العسكرية الحديثة .

ولنأخذ على سبيل المثال مشكلة من المشكلات الرئيسية التي تصحب انتقال المجتمع من شكل من أشكال المجتمعات البدائية البسيطة الى شكل المجتمع الصناعي المركب ، وهي مشكلة تعقد العلاقات الانسانية مع اطراد التحول نحو التصنيع . . .

فمن المعروف عن المجتمعات البسيطة - كمجتمع الريف المصرى مثلا - أن أهل المجتمع يعرف بعضهم بعضا معرفة وثيقة ، وتكثر بينهم اللقاءات والتزاور والجماعات التلقائية ، ويتبادلون الخدمات والاهتمام بعضهم بأمر بعض ، ويستمتعون نتيجة ذلك بالدقء العاطفى والعلاقات الحانية والشعور بالانتماء بدرجة كبيرة !! ويحدث عند التحول الصناعى أن بعض الصناعات تتمركز وتزدهر حول مدن معينة ، مما يستتبع زيادة الهجرة بأعداد مطردة الى تلك المدن ، وتغير تركيبها الاجتماعى وطبيعة الحياة فيها (مثلما حدث لمدينة أسوان بعد انشاء السد العالى ، وما حدث لضاحية حلوان ، ولكفر النوار ، والمحلة الكبرى ، وشبرا الخيمة ، وغيرها) فنجد نتيجة لذلك في هذه المدن شبابا هجر أهله وأصحابه وانزوى فى ركن قصى من هذا المجتمع الجديد الذى لا يعرف فيه أحدا ، كما تختلف أساليب الحياة فيه كثيرا عما ألفه وإطمئن اليه !... وهنا قد يعانى الشاب من فراغ عاطفى حقيقى ومن شعور بالعزلة

والوحدة والعجز عن تحقيق ذاته ، وهي آفة يعاني منها الألاف في المجتمعات الصناعية المتقدمة . وعندئذ تواجه الصحة النفسية مشكلة إيجاد البديل للسند الوجداني الذي كان هذا الشباب يعتمد عليه في القرية في مزاولة حياتها البسيطة وفي علاقاته الوثيقة بها ، والذي افتقده على غير انتظار !!

ولا مناص إذا من إيجاد أشكال جديدة لعلاقات صحية للعاملين في المجتمع الصناعي ، ولا يجوز أن تترك هذه المسألة للظروف وللحلول المرتجلة .. والحل الصحيح لهذه المشكلة هو أن نذكر عندما نبني المصانع أن نبني معها - جنباً الى جنب - النوادي والمنشآت الترويحية والاجتماعية ، وأن نقيم لها الموجهين والمرشدين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين ، وأن نوفر كافة السبل التي تيسر على الفرد في المجتمع الصناعي العثور على الجماعة الوثيقة التي ينتمى إليها ويسهم في نشاطها ويقيم العلاقات الصحية مع أفرادها ، ليحقق بذلك ذاته وليستشعر الأمن والطمأنينة والرضا !

وهناك مشكلة أخرى رئيسية تواجهها المجتمعات النامية المتطورة كمجتمعنا ، ألا وهي مشكلة التغلب على السلبية ... ففي المجتمعات البسيطة كالمجتمع الزراعي والمجتمعات القائمة على عمل موسمي ، تتفشى السلبية بشكل واضح .. فالرزق يأتي في ميقات ، والمحصول يعتمد على الأحوال الجوية وعلى آفات الزراعة التي يختلف أمرها من موسم الى آخر وعلى الظروف الخارجية بوجه عام - ولذلك يميل أفراد المجتمع الى التواكل والاستكانة والصور الأخرى للسلبية . ونظراً لتأخر المجتمع تكنولوجيا فإنه يعتمد على استيراد أكثر الأشياء التي يحتاجها من البلاد الأخرى دون ما حاجة الى بذل الجهود الانتاجية الذاتية !

والانتقال من هذه الصورة الى صورة المجتمع الصناعي النشط الدوب ، يصطدم باتجاه السلبية المتفشى بين أفراد المجتمع القديم وبمسادات العمل وأساليب الحياة التي لازمتهم سنوات طوال .. ولا بد بإزاء ذلك من استخدام

جميع معارفنا عن تغيير الاتجاه النفسى ، لمساعدة النازحين الى المجتمع الجديد على اجتياز فترة الانتقال وتمثل القيم والمفاهيم الجديدة ، ولتهيئتهم لعادات جديدة فى العمل عن طريق التدريب المهنى وغيره ٠٠٠ ولا بد لكل ذلك أيضا من الموجهين النفسين ومن الأخصائيين الاجتماعيين المدربين .

وهذا الكتاب هو فى حقيقته محاولة لتبين الدور الذى يمكن أن تقوم به الصحة النفسية فى مواجهة مشكلاتنا الانتقالية وفى نهضة وتطوير مجتمعاتنا النامية ، وكذلك لتبين الوسائل الكفيلة بأدائها لهذا الدور على نحو مؤثر فعال .

ونظرا لاتساع موضوع البحث وتعدد المجالات التى يتطرق اليها ، فقد آثرنا أن نقسمه الى قسمين كبيرين وأن نفرّد لكل منهما كتابا ٠٠ هذان القسمان هما :-

(١) مشكلات الصحة النفسية فى المجال العلاجى .

(٢) مشكلات الصحة النفسية فى المجالين الوقائى والانشائى .

ويعالج الكتاب الحالّ القسم الأول من الموضوع ، ونعد بمعالجة قسمه الثانى فى كتاب تال باذن الله .

الفصل الأول

الصحة النفسية ومستوياتها

ترتبط الصحة النفسية في ذهن كثير من الناس بالخلو من الأمراض النفسية والعقلية وانتفاء أشكال السلوك اللا سوى والشاذ والمنحرف - وهذا تصور غير خاطيء للصحة النفسية وان يكن تصورا ضيقا لها !

ولو رجعنا الى ما نعنيه بالصحة الجسمية على سبيل المقارنة والايضاح ، لوجدنا أننا وان كنا نعنى بها في بعض الأحيان سلامة الجسم من الأمراض ، الا أننا نسلم كذلك بأن الأشخاص قد يختلفون في مدى تمتعهم بالصحة رغم كونهم جميعا من غير المرضى - وذلك بناء على اعتبارات ومقاييس خاصة تقاس بها صحتهم البدنية ، كقوة حواسهم ، وقدرتهم على بذل المجهود ومكافحة التعب ، وحيويتهم العامة ، ومقاومة الجسم للأمراض ومقاييس الجسم الخاصة الخ ...

وهكذا الأمر بالنسبة للصحة النفسية ، فان مجرد خلو انسان ما من الاضطرابات الانفعالية والانحرافات السلوكية الصارخة لا يجعله صحيحا نفسيا بدرجة عالية من درجات الصحة .. والأفراد يختلفون في مدى تمتعهم بالصحة النفسية رغم خلوهم جميعا من هذه الأعراض ، بل ان السوية التامة في الصحة النفسية هي أمر نادر ندرة الاختلال التام في السلوك والوظائف العقلية !

معايير الصحة النفسية :

وكما أن هناك معايير للحكم على صحة البدن ، فهناك معايير للصحة النفسية - ومن أهمها ما يلي :

- مدى تقبل الفرد للحقائق المتعلقة بقدراته واستعداداته الشخصية ، وما يستطيعه وما لا يستطيعه •

- مدى استمتاع الفرد بعلاقاته الاجتماعية وقدرته على انشاء هذه العلاقات ، في الأسرة وخارجها •

- مدى نجاح الفرد في عمله ورضائه عنه •

- اقبال الفرد على الحياة بشكل عام وحماسه وإيجابيته نحوها •

- شعور الفرد بالكفاءة والقدرة ازاء مواقف الحياة اليومية وممارساتها المعتادة وكذلك ازاء احباطاتها وبعض ظروفها غير المتوقعة أحياناً •

- الشجاعة الأدبية وقدرة انفراد على تحمل مسئولية ما يتصدى له من قرارات وأفعال •

- ثبات اتجاهات الفرد ومواقفه كما يراها الآخرون •

- قدرة الفرد على ارضاء حاجاته البيولوجية والنفسية ارضاء مناسباً وعلى تحقيق التوازن والانسجام بين دوافعه المختلفة •

- اتساع المجال النفسى للفرد ، واهتمامه اهتماماً متوازناً بشئتي الممارسات المعرفية والعملية والترويحية والاجتماعية •

- وجود فلسفة رصينة متكاملة توجه تصرفات الفرد وتحدد وجهة نظره ومواقفه من الأمور المختلفة وتحقق الانسجام والتكامل لشخصيته •

هذه بعض من أهم المعايير التى يمكن الحكم بها على درجة الصحة النفسية عند واحد من الناس • وإذا أردنا أن نجعلها فى عبارة واحدة فهى :
مدى التمتع الانفعالى والاجتماعى ، أو مدى توافق الفرد مع نفسه ومع المجتمع •

الصحة النفسية للمجتمع :

ويمكن الحكم بهذه المعايير نفسها - مع اختلافات بسيطة - على درجة الصحة النفسية لمجتمع من المجتمعات .

فالمجتمعات - كالأفراد - بعضها يعاني من الأدواء والأمراض الاجتماعية وظواهر الانحراف المتفشية فيها بدرجة خطيرة ، فتصل بذلك صحتها النفسية الى الصفر أو تقترب منه كثيرا . وبعضها لا يعاني من مثل هذه الظواهر ولكنه يعاني مع ذلك من التفسخ والتمزق وعدم الانسجام أو التكامل بين أجهزة المجتمع ونظمه ومؤسساته المختلفة ، فهو على درجة منخفضة من الصحة النفسية . وبعضها الثالث بلغ درجة عالية من الترابط والتنسيق والتكامل، وتخطى ذلك الى الكفاية الانتاجية الممتازة والاستغلال الكامل لموارد المجتمع وامكاناته وطاقات أفراده - وهذا النوع من المجتمعات يحظى بدرجة رفيعة من الصحة النفسية .

اهداف التخطيط للصحة النفسية :

وعلى ضوء هذا الفهم ، يمكننا أن نقرر أن خطة الصحة النفسية يجب أن توجه وفي وقت واحد الى ثلاثة أهداف ، يمثل كل هدف منها مستوى من مستويات الصحة النفسية للمجتمع وأفراده :

أولا : يجب أن تعنى الخطة بالمرضى بأمراض نفسية وعقلية ، وبالأحداث الجانحين ، وبالمعوقين على اختلاف إعاقاتهم . وتتألف العناية بهذه الفئات من شطرين :

(أ) توفير الرعاية المناسبة للمرضى والمعوقين والجانحين ، بما في ذلك توفير المستشفيات والمؤسسات العلاجية والتأهيلية المستكملة المعدات ومراكز الخدمة والعيادات الخارجية ، مع التأكد من طيب الإقامة بالمستشفى أو المؤسسة ، ومن المعاملة الانسانية للنزلاء ، وعدم تقويت أية حقوق لهم مما يتمتع به نظائرهم من المواطنين خارج المستشفى أو المؤسسة .

(ب) توفير مستويات عالية من الخدمة العلاجية والارشادية والتأهيلية ، وذلك باستخدام أفضل الأساليب العلمية المستحدثة في العلاج والتأهيل والارشاد النفسى .

ثانيا : ينبغي أن تعنى خطة الصحة النفسية للمجتمع - فى جانب آخر منها - بالنواحي الوقائية ، وبشتى السبل والوسائل التى تستهدف تجنب المواطنين أسباب الانحراف والمرض النفسى أو العقلى ، وبتعزيز وتدعيم الظروف والفرص المهيئة للنمو السوى .

ثالثا : وعلى أرقى المستويات ، ينبغي أن تستهدف خطة الصحة النفسية البناء المنسق المتكامل لأجهزة المجتمع وقطاعاته المختلفة والوصول بالصحة النفسية للمواطنين الى أقصى حدودها ، عن طريق اطلاق وتحرير جميع الطاقات الخلاقة لهؤلاء المواطنين كأفراد وللمجتمع ككل ، واثاحة الفرصة كاملة لكل فرد حتى يحقق ذاته ويمارس حياة منتجة تتسم بالشبع النفسى ، والثقة ، والانجاز ، والمشاركة الايجابية فى المجتمع .

نقطة البداية فى جهود الصحة النفسية :

ومع أن المستويات الثلاثة السابقة جديرة جميعا بالاهتمام ، الا أن ميزانية الدولة - وخصوصا فى حالة الدولة النامية - قد لا تسمح بالاهتمام بها بدرجة واحدة . وهنا قد يفضل المسئولون أن يوجه الاهتمام الأول والعاجل الى علاج المرضى ورعايتهم ، بل ان هذا هو ما حدث بالضبط - تاريخيا - فى أغلب الدول حتى الغنية منها !

والواقع أن العناية بتوفير الخدمات العلاجية مهما بلغت حد الكمال ، لا يجوز أن تشكل الا جانبا يسيرا من اهتمامات وأهداف الصحة النفسية للمجتمع - ذلك أننا لا نملك التغاضى عن بنور المرض والانحلال فى المجتمع وعن التربة التى تفرخ شخصيات مريضة متحللة ، اعتمادا على قدرتنا على اصلاح أمر بعض السوقان المعوجة فيما بعد !!

ومهما كان الاهتمام بأمر القلة المريضة نبيلًا وإنسانيًا فلا ينبغي له أن يشغلنا عن الاهتمام بالكثرة الغالبة التي يمكن أن تقع فريسة للمرض أو الانحراف . ففي أمراض النفس كما في أمراض البدن لا زالت الحكمة القائلة بأن « درهم وقاية خير من قنطار علاج » حكمة ذهبية تمثل الخط الصحيح الذي يجب أن ينتهجه المسئولون عن التخطيط للصحة النفسية ، والذي أشارت إليه مؤتمرات الصحة النفسية الدولية المتعاقبة أشارات قوية .

وعلى ذلك فأننا يجب أن نسأل أنفسنا ، وقد فرغنا من وجوب الاهتمام بأصحاب الاحتياجات العلاجية من المرضى والمعوقين وأمثالهم . . . يجب أن نسأل ، من أين نبدأ لدعم الصحة النفسية في المجتمع ؟ وأي الخدمات الوقائية والانشائية أولى بأن نكرس لها الجهود الأساسية في خطتنا ؟

وهنا قد تختلف الآراء وتتعدد بالنسبة للإجابة -

١ - فقد يتصور البعض - وهو تصور له وجاهته - أنه يحسن أن نبدأ من موضوع الزواج وتكوين الأسرة وما يكتنف ذلك أحيانًا من مشكلات وأخطاء ، أي أننا يجب أن نبدأ من مكاتب التوجيه الأسري والاستشارات الزوجية حتى نطمئن إلى بداية موفقة للحياة الأسرية وإلى علاقات سعيدة بين الزوجين تنعكس ثمارها على أبنائهم . . . على أن يتبع هذا العمل بالجهود المختلفة التي تبذل في توجيه الآباء ، ثم بالجهود التي تبذل في المدرسة للسعي إلى إطلاق وتحرير الاحباطات التي سببتها حياة البيت للأبناء وإلى حل الصراعات التي تنشأ عن حياتهم في المدرسة أيضًا !

٢ - وفي تصور آخر ، فإن أساس الزواج السعيد والأسرة السعيدة هو الشخصية الناضجة لكل من الزوجين . وهذه الشخصية لا تنضج دفعة واحدة وإنما تنضج وتكتمل خلال الخبرات وأنواع الرعاية التي بدأت منذ طفولة الفرد المبكرة . . . وعلى ذلك فإن الجهود الرامية إلى الوقاية وإلى الإنشاء أيضًا يجب أن تبدأ - قبل مكاتب الزواج والتوجيه الأسري - بالطفل في

مهده وبدور الحضانة وبالتعامل مع الطفولة فى الأسرة والمدرسة ، توخيا
لارساء دعائم وصينة لنمو مشبع سعيد .

ويساير التركيز على هذه البداية تأكيدات علماء الصحة النفسية بالتأثير
البالغ للسنوات الأولى للطفولة ولخبرات الطفل الباكرة على نوع شخصيته
وصور سلوكه المقبلة .

وانطلاقا من هذه البداية ، فاننا نحسن عند التخطيط للصحة النفسية
بمسايرة الخطة لمراحل النمو المتعاقبة فى حياة الفرد ووضع البرامج الملائمة
لكل مرحلة منها . . . من الحضانة ، الى الطفولة الباكرة ، الى الطفولة
المتأخرة ، فالمراهقة ، فالشباب ، فالكهولة ، فالشيخوخة .

٣ - وفى تصور ثالث ، أنه ينبغى أن تبدأ جهود الصحة النفسية
باستعراض الأجهزة والمؤسسات الاجتماعية القائمة فعلا فى المجتمع والتي
لها تأثير خطير على حياة الناس فى هذا المجتمع . وبعد الدراسة الوافية
لوظيفة كل جهاز من الأجهزة وظروفه والامكانيات المتوافرة له ، يمكن
التفكير فى كيفية تدعيم هذه الامكانيات واستخدام ذلك الجهاز بطريقة تجعل
منه فى نفس الوقت جهازا لنشر الصحة النفسية ودعمها . ويمكن التفكير
كذلك فى وسائل التنسيق بين أجهزة المجتمع ومؤسساته وتنظيماته المختلفة
للغرض نفسه .

وتبرير هذا التصور هو أن خطة الصحة النفسية لمجتمع من المجتمعات
يجب أن تستمد من طبيعة هذا المجتمع وتركيبه وبنائه ، ويجب أن تبني
منهجها والأساليب التى تتبعها على ما هو قائم فعلا وعلى معرفة وثيقة بثقافة
المجتمع وتقاليده وقيمه وأساليب الحياة فيه .

ويمكننا أن نفكر فى عدد من المؤسسات الاجتماعية الهامة التى يمكن أن
تركز عليها جهود الصحة النفسية بصفة خاصة - كالأسرة ، والمدرسة ، وأماكن
العبادة ، وجمعيات ونوادى الشبيبة ، والكليات والمدن الجامعية ، ولجان

الاتحاد الاشتراكي ، والنقابات العمالية ، والمنشآت الصناعية ، والمسرح والسينما والتلفزيون والجريدة ، ومبرات ومؤسسات رعاية الطفولة والأحداث ، والمستشفيات العامة وليس فقط مستشفيات الأمراض العقلية أو النفسية .

أما بالنسبة لريفنا المصري فهناك أجهزة أخرى هامة تصلح منطلقا لجهود الصحة النفسية ، نخص منها الوحدة الصحية ، والجمعية التعاونية ، ومركز الخدمة الاجتماعية ، والنادي الريفي ، والمضيقة الريفية (المندرة) ، ودار العمدة ، والمواسم ، وسائر دور التجمع في القرية .

والواقع أننا إذا خططنا لهذه المنظمات والأجهزة بحيث تصبح أماكن أفضل لتهيئة ظروف مواتية للنمو السوي ولاشباع الحاجات النفسية الأساسية للمنخرطين فيها ، فأننا نكون قد استغرقنا أغلب أهداف خطة الصحة النفسية للمجتمع ونكون قد أرضينا أيضا أصحاب التصورين أو وجهتي النظر السابق وصفهما عن نقطة البداية في جهود الصحة النفسية !

أما عن التخطيط نفسه وعن كيفية وضعه موضع التنفيذ - فهذا ما سوف نتعرض لمناقشته ، بإذن الله ، في كتابنا التالي المخصص لمعالجة « مشكلات الصحة النفسية في المجالين الوقائي والانشائي » .

× × ×

وسننتقل الآن الى معالجة القسم الأول من موضوع بحثنا وهو القسم الذي تركز عليه الفصول القادمة من هذا الكتاب ، ويدور حول :

« مشكلات الصحة النفسية في المجال العلاجي » .

تقرير عن :

مشكلات الصحة النفسية في المجال العلاجي في

الجمهورية العربية المتحدة

تتجه خطة الصحة النفسية فى احدى شعبها الى اصحاب الاحتياجات العلاجية من المرضى النفسين والعقليين ، ومن الأحداث الجانحين ، ومن المعوقين على اختلاف أنواعهم ٠٠٠٠

كما تتجه الخطة أيضا الى نفر آخر من الناس لم يصل الحال بهم الى المرض النفسى ، ولكنهم يعانون مع ذلك من المشاكل الانفعالية التى تحول دون توافقهم السليم ونجاحهم فى الحياة • وهم لذلك بحاجة الى ما يسمى بالخدمات الارشادية والتوجيهية التى تقدمها مراكز مخصصة لهذا الغرض •

وستتناول الفصول التالية جميع هؤلاء ، فى محاولة لاستعراض وتقييم الخدمات التى تقدم فى الجمهورية العربية المتحدة فى الوقت الحالى فى كل من :

١ - علاج المرضى النفسين والعقليين •

٢ - خدمات الارشاد النفسى •

٣ - تأهيل المعوقين ورعايتهم •

٤ - رعاية الأحداث المنحرفين •

وستتقدم خلال ذلك بمقترحاتنا بشأن مواجهة النواقص وسد الثغرات القائمة فى سبيل استكمال هذه الخدمات •

الفصل الثاني

علاج المرضى النفسيين والعقليين

الى أين يتجه مرضى العصاب والذهان - أو بلغة أبسط المرضى النفسيون والعقليون - فى ج . ع . م . طلبا للشفاء ؟!

ان نسبة كبيرة - يصعب حصرها - من هؤلاء المرضى تتجه الى المستغلين بالتنويم المغناطيسى ، والى حفلات الزار وما إليها من طقوس دينية وغير دينية تقام لطرد الشياطين والأرواح الشريرة ! والى زيارة الأضرحة وصنع التماثيل والأحجية ! والى المشعوذين والسحاليين المنتشرين فى أرجاء البلاد ممن تخصصوا فى (فك العمل) وقراءة الطالع فى فنجال أو كف أو (مندل) ! والى بعض مدعى العلاج الروحى والجلسات الروحية ، وغير هؤلاء وأولئك من محترفى الاتجار بالمرض وبسذاجة عقول بعض الناس وحيرتهم أمام الاضطرابات النفسية والعقلية (١). !!

وللأسف الشديد فان مجتمعنا لا يزال من هذه الوجهة - وخاصة فى قطاعاته غير المتعلمة - قريب الصلة بالمجتمعات البدائية التى تؤمن بالسحر والخرافة والشعوذة لكن هذه الصورة آخذة فى التغير التدريجى مع ارتفاع نسبة التعلم وزيادة التحضر وتحول المجتمع الى شكل المجتمع الصناعى النشيط ، الذى يشهد فى كل يوم انتصارات العلم ومعجزات التكنولوجيا

(١) صدر القانون رقم ١٩٨ لسنة ١٩٥٦ المنظم لمهنة العلاج النفسى فى الجمهورية العربية المتحدة ، فحال دون إدارة بعض الادعاءات لعيادات نفسية ، الا انه لا يوجد حتى الآن قانون يمنع الممارسات الغريبة العديدة التى لاتسمى باسم العلاج النفسى وان كانت توهم زبائنها بأنها تقدم لهم هذا العلاج أو على الأقل ما يمكن أن يودى اليه هذا العلاج من نتائج !!

الحديثة ، وتقل فيه بالتالى قابلية الافراد للاستهواء بالأفكار الساذجة ، بل لا يوجد فيه هؤلاء الأفراد الفراغ الذي يسمح باجتراء مثل هذه الأفكار !

ومن المرضى بطبيعة الحال أعداد غير قليلة - ربما كان منهم من جرب الوسائل السابقة أو بعضها - ممن يتجهون الى مستشفيات الأمراض العقلية والعيادات النفسية من حكومية وخاصة ، طلبا للعلاج .

وستعالج فى الصفحات التالية الوضع الحالى لهذه المستشفيات والعيادات فى الجمهورية العربية المتحدة .

مستشفيات الأمراض العقلية الحكومية :

كانت مستشفيات الأمراض العقلية الحكومية حتى سنة خلت لاتزيد عن مستشفيين اثنين ، هما مستشفى العباسية ومستشفى الخانكة بالقلوبية . وقد استكمل فى العام الماضى انشاء مستشفى ثالث عصرى الطراز وأعد بأحدث الأجهزة والمعدات ليكون مستشفى نموذجيا للأمراض العقلية والنفسية وهو مستشفى المعمورة بالاسكندرية ، كما شرع فى انشاء مستشفى رابع بحلوان ٠٠٠ أما سعة هذه المستشفيات الأربعة فهي ٤٥٢٤ سرير ، من بينها ٥٧٥ سرير ينتظر أن يضمها مستشفى حلوان - وذلك حسب بيان الإدارة العامة للطب العلاجى بوزارة الصحة (إدارة الصحة العقلية والنفسية) عن المستشفيات العقلية والعيادات النفسية فى عام ١٩٦٩ .

ونظرا لأن هذه المستشفيات تتركز فى القاهرة والاسكندرية (عدا محافظة القليوبية الشديدة القرب من القاهرة) ونظرا لأنها لا نستوعب الا نسبة صغيرة من الحالات التى يمكن أن تحول اليها ، فقد استعانت وزارة الصحة فى تقديم الخدمات العلاجية لجمهور المرضى وخاصة فى باقى المحافظات بعسدد من « العيادات النفسية » الملحقه بالمستشفيات العامة . وفى خطة الوزارة التوسع المطرد فى هذه العيادات وفقا لفلسفة خاصة تتضح من السطور الآتية المقتبسة من تقرير « لجنة الشؤون الصحية » بالمجلس الدائم للخدمات العامة : (١)

(١) « مجلس الخدمات منذ انشائه » ، القاهرة ، يوليو ١٩٥٥ ، ص ٥٣ .

» وقد راعت اللجنة ما هو معروف عن الأمراض العقلية من أن اكتشافها وعلاجها خلال الأشهر الأولى من المرض يضاعف فرص الشفاء . وفي هذا اقتضاد واضح إذ أن الذين يشفون يظلون أمكنة لغيرهم داخل المستشفيات فلا تكون الحاجة إلى الأسرة عندئذ بنفس الدرجة من الشدة .

وتمشيا مع هذا المبدأ تتجه اللجنة في برامجها إلى إنشاء عيادات خارجية للأمراض النفسية في المستشفيات العامة تلحق بها أسرة لعلاج الحالات المبكرة حتى لا يزمن المرض ويصبح مستعصيا يستدعي الإقامة في مستشفيات الأمراض العقلية لمدة كثيرا ما تصل إلى مدى الحياة . وبهذا أيضا يمكن قصر أسرة المستشفيات العقلية على الحالات التي تستلزم العزل لمدة طويلة أو مدى الحياة . وأغلب هؤلاء لا يقضى عليهم المرض وإنما يعيشون حالة على الدولة طوال الجزء الأكبر من حياتهم .

وعلاوة على ذلك فإن من يصابون باضطرابات نفسية ويعالجون بهذه العيادات الخارجية أو بالأسرة الملحق بها في مستشفيات عامة يتجنبون وصمة الخلل العقلي التي تلازم من يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية مهما قصرت فترة بقائهم فيها مما ينغص عليهم حياتهم ويسهل انتكاسهم وعودة المرض إليهم .

أما عدد العيادات النفسية الملحقه بمستشفيات عامة فقد بلغ في الوقت الحاضر ٢٦ عيادة نفسية للجمهور (بعضها عيادات خارجية فقط) وثمانى عيادات نفسية للطلبة (جميعها خارجية) . ويبلغ عدد الأسرة فى هذه العيادات مجتمعة ١٤٣ سريرا . وهذه العيادات والأسرة موزعة على المحافظات على الوجه المبين فى الجدول التالى (١) :

(١) عن بيان « الادارة العامة للطب العلاجى بوزارة الصحة - ادارة الصحة العقلية والنفسية » ، بشأن المستشفيات العقلية والعيادات النفسية فى عام ١٩٦٩ .

المستشفيات العقلية والعيادات النفسية في عام ١٩٦٩

محافظة	مستشفى عقل	عدد الاسرة	عيادة نفسية للجمهور	عدد الاسرة	عيادة نفسية للطلبة
القاهرة	العباسية	١٦٦٧	١ - أحمد ماهر المصام (و عيادة الصرع)	١	١ - باطنية
الاسكندرية	المعمورة	٥٥٠	٥ - م ^٢ رأس التين المصام	٥	١١ - م ^٢ الطلبة باسبوريه وشيخ
القليوبية	الخانكة	١٦٦٧	٦ - م ^٢ القبارى المصام	٦	
الغربية	قسم علاج الادمان على المخدرات)	٦٥	٧ - م ^٢ الخانكة المصام	٧	١٤ - م ^٢ بنها المصام
الشرقية			٨ - م ^٢ بنها المصام	٨	
الدقهلية			٩ - م ^٢ طنطا المصام	٩	٦ - م ^٢ الطلبة بطايطا
			١٠ - م ^٢ المحلة الكبرى المصام	١٠	
			(٣ يوم)		
			١١ - م ^٢ الزقازيق المصام	١١	
			١٢ - م ^٢ المنصورة المصام	١٢	

٦	١٣- م. النصر بور سميد			
	١٤- م. الاسماعيلية العام (١ يوم)			بور سميد
	١٥- م. السويس العام			الاسماعيلية
	١٦- م. دمياط العام (٢ يوم)			السويس
	١٧- م. دمنهور العام			دمياط
١٤	١٨- م. كفر الشيخ العام			البحيرة
١٤	١٩- م. شبين الكوم العام			كفر الشيخ
٧- المدي	٢٠- م. أم المصريين العام (٢ يوم)			شبين الكوم
١٨	٢١- م. الفيوم			الفيوم
١٨	٢٢- م. بني سويف العام			بني سويف
	٢٣- م. المنيا العام			المنيا
٨- العطلة باستيوط	٢٤- الميادة النفسية باستيوط			استيوط
١١	٢٥- الميادة النفسية بسوهاج			سوهاج
٤	٢٦- م. اسوان العام			اسوان
٨	٢٦	٤٥٢٤	٣ + (١ تحت الانشاء)	الجملة
١٤٣				

ولا حاجة بنا إلى القول أن العدد الحالي للعيادات النفسية والمستشفيات العقلية الحكومية لا يزال دون الحد الأدنى المطلوب بكثير في بلد يزيد تعداده عن الثلاثين مليون (١) ... كما أن هناك اعتبارا خطيرا يجب أن يدخل في حساب واضع الخطة للأعوام المقبلة ، وهو أنه من المحتم أن يزداد عدد حالات الأمراض النفسية والعقلية زيادة كبيرة مع التقدم الحضاري وما يصحبه من تعقيدات اجتماعية ومع التوسع في التحول الصناعي والهجرة من الريف إلى المدن الصناعية ، الأمر الذي دلتنا عليه خبرة بلاد متحضرة كثيرة سبقتنا إلى التصنيع ، وهذا الاعتبار يفرض علينا مواجهته ليس بإنشاء عيادات ومستشفيات جديدة فقط وبالأخص في المناطق الصناعية ، وإنما باتخاذ كافة الاحتياطات والاجراءات الوقائية التي من شأنها الحد من الزيادة المتوقعة في نسبة الأمراض النفسية والعقلية (٢) .

هذا عن مشكلة الكم - أما من حيث النوع والكيف ، فلقد كان المؤلف في مستشفياتنا الحكومية إلى عهد قريب قصورها الشديد في الإمكانيات المادية ووسائل رعاية المرضى ، وتختلف الأساليب العلاجية بها عن مسايرة التطورات الحديثة في مضمار علاج المرض العقلي والنفسى ، وشدة الشبه بينها وبين السجون والمعتقلات ! وكان الكثيرون يحجمون عن إيداع أقاربهم من المرضى في هذه المستشفيات ، خشية أن تزداد حالتهم سوءا باختلاطهم مع من هم أسوأ حالا منهم ، دون ما رقابة أو رعاية يمكن الاطمئنان إليها والاعتماد عليها .

كانت هذه هي الأوضاع إلى وقت قريب ، إلا أن الصورة تغيرت كثيرا بفضل

(١) قدرت لجنة الشؤون الصحية بمجلس الخدمات عدد المصابين بأمراض عقلية في ج ٠ ع ٠ م ٠ عام ١٩٥٥ بأربعين ألفا على الأقل ، بخلاف ناقصي العقل وهم لا يقلون عن هذا العدد في تقدير اللجنة - انظر « مجلس الخدمات منذ انشائه ، ص ٥٣ » .

(٢) ستأتى مناقشة موضوع الاجراءات الوقائية في القسم الثانى من الكتاب .

إنشاء مستشفى العمورة الحديث ، وبفضل ما طرأ من تجديد وتطوير لنظم
المستشفيات الآخرين العتيدين .

دار الاستشفاء للصحة العقلية بالعباسية :

فأما مستشفى العباسية - الذى أعيدت تسميته فأصبح « دار الاستشفاء
للصحة العقلية » تجنباً للوصمة المرتبطة فى أذهان الناس باسمه القديم
وبمصطلح الأمراض العقلية - فقد خطا فى السنوات الأخيرة خطوات واسعة
نحو ملاحقة الأساليب العلاجية الحديثة .

لقد جرى تقسيم عنابر المرضى المترامية الأطراف الى مجموعات صغيرة من
المرضى ، تضم المجموعة الواحدة منها بين ٧ و ١٠ أفراد يكونون فيما بينهم
ما يشبه الأسرة الطبيعية . والغرض من ذلك تيسير الاندماج وتكوين علاقات
وثيقة بين المرضى يؤمل أن تساعد على التعجيل بشفاؤهم وعلى تطبيعهم
اجتماعياً .

وأدخل الى المستشفى نظام العلاج بالعمل(١) مع تنوع الأعمال التى يشتغل
بها المرضى ومحاولة ملائمتها لنوع شخصيات المرضى ومزاجهم الانفعالى .

وأدخلت أيضاً بعض طرق العلاج الجمعى(٢)الذى اكتسب شهرة عريضة
فى الخارج، وتوسع المستشفى بصفة خاصة فى استخدام طريقة السيكدوراما(٣)
(التمثيلية النفسية) وهى إحدى طرق العلاج الجمعى النشطة التى سنفردها
لها ولطرق هذا العلاج الأخرى بعض فصول هذا الكتاب . . . كذلك لجأ
المستشفى الى نظام « اليوم المفتوح » الذى يقوم المرضى فيه بزيارات وأنشطة
مختلفة تهدف الى زيادة اتصالهم بالعالم الخارجى ، تمهيداً لتأويهم واعادتهم
إلى الحياة المجتمع الأصلية .

والواقع أن السنوات الأخيرة في حياة هذا المستشفى قد شهدت عديداً من التجارب الجديدة والأساليب المبتكرة في علاج المرضى وفي الترويح عنهم ورعايتهم .

مستشفى الخانكة للأمراض العقلية :

تبتائر أبنية هذا المستشفى الكبير على رقعة ٦٠٠ فدان من الأرض ، وهذا في حد ذاته يشكل إحدى صعوبات إدارة المستشفى . وقد ذلت هذه الصعوبة بتقسيم أقسام المستشفى الثمانية والعشرين إلى خمس « دوائر » لمرضى الأمراض العقلية ودائرة سادسة لمرضى السل من الذهانين تخضع كل دائرة منها لإشراف فني مستقل ، فضلاً عن قسم لمكافحة المخدرات وآخر « للعلاج الاقتصادي » .

وجميع نزلاء المستشفى من الرجال . ويؤلف المذنبون - ممن ارتكبوا الجرائم وصدر أمر النائب العام بإيداعهم مستشفى الأمراض العقلية لانتفاء مسئوليتهم القانونية - يؤلفون نحواً من ثلث عدد الحالات ، ويقيمون بطبيعة الحال في أماكن مسورة . أما الحالات الأخرى فبعضها يسمح بإقامتها في أماكن غير مسورة وذلك بحسب درجة خطورة كل حالة .

وبالمستشفى وحدة خاصة لعلاج مدمني المخدرات هي الوحيدة من نوعها في الجمهورية . ويرجع تأسيس هذه الوحدة التي تضم ٦٥ سريراً إلى عام ١٩٦١ . وأغلب المدمنين يتقدمون بأنفسهم لطلب العلاج الذي يستمر ثلاثة شهور في المتوسط . ولا يقتصر علاج المدمنين بهذه الوحدة على العلاج الطبي وحده ، بل يشتمل على العلاج بالعمل والعلاج الترويحى ، كما أن هناك سجلات كاملة للبحث الاجتماعى لكل حالة من الحالات يستعان بها في رسم خطة العلاج النفسى وفي تتبع كل حالة .

ويعتبر العلاج بالعمل إحدى الركائز الهامة في علاج المرضى بالمستشفى . ومن الطريف أنه لا يقتصر على أشكال العلاج بالعمل المألوفة وحدها ، إذ أن المرضى موزعون على أنواع مختلفة من الأعمال بحسب احتياجاتهم المرضية وميولهم وخبراتهم الشخصية - فمنهم من يزاولون صناعات كالنجارة وصناعة السجاد وصناعة الأحذية ، ومنهم من يشتغلون بالفلاحة في مزرعة المستشفى (١) .

(١) تنتج هذه المزرعة حوالى طن يومياً من الخضروات على مدار السنة ، مما يغطى احتياجات المستشفى الغذائية ، ويوزع الفائض عن طريق المحافظة على باقى مستشفيات المنطقة .

ومنهم من يعاونون فى تنظيف العذابر والمرافق المختلفة ، ومنهم أيضا من يسهمون فى الطهو واعداد الطعام .

وقد أنشأ المستشفى مؤخرا وحدة للعلاج الاقتصادى (بالمصروفات) لا تقل عن مثيلاتها فى المستشفيات الخاصة من حيث استكمال مقومات الراحة والرعاية والعلاج . وتتراوح أجور الإقامة بها عن الليلة الواحدة بين ٦٠ قرشا للدرجة الثالثة و ١٢٠ قرشا للدرجة الأولى ، بما فى ذلك النفقات الشاملة للعلاج . وتضم هذه الوحدة ٨٠ سريرا ، ويجدير بالذكر أنها أقيمت بالمجهودات الذاتية لبعض المرضى بالاشتراك مع عمال البناء من العاملين بالمستشفى !

ومن المشروعات الجديدة التى تفكر فيها إدارة المستشفى إنشاء وحدة علاجية للسيدات لأول مرة فى تاريخ هذا المستشفى ، وكذلك إنشاء وحدة لرعاية العجائز وخاصة من المصابين بذهان الشيخوخة (١) - وهو مشروع نأمل أن يخرج الى حيز التنفيذ وخاصة أن المؤسسات الحكومية التى ترعى هؤلاء قليلة فى ج . ع . م .

ولعل احدى الصعوبات الرئيسية التى يواجهها مستشفى الخزانة فى الوقت الحاضر ، النقص الخطير فى أعداد هيئة التمريض على الرغم من الأهمية الشديدة المعروفة لدور التمريض فى مستشفيات الأمراض العقلية كما أن مباني هذا المستشفى القديمة لم يضاف اليها منشآت جديدة منذ عام ١٩٣٨ رغم اتساع رقعة الأرض ، وحاجة المستشفى الى المزيد من الاسرة لمواجهة احتياجات المرضى .

والواقع أن المناخ الصحى للبقعة التى يقع فيها المستشفى ، وجمال الطبيعة بها واتساع رقعة الأرض ، فضلا عن الاكتفاء الذاتى فى التغذية بفضل المزرعة

الكبيرة ... كل هذا يسمح بتصور اقامة مؤسسة علاجية واسعة على هذه الرقعة من الأرض ، تضم الى جانب المستشفى مستعمرة مستقلة متسعة لقاصري العقول من فئتي البلهاء والمعتوهين ، كما تضم مصحاً منفصلاً للمسنين ، ومصحاً آخر لعلاج الادمان ، الى غير ذلك من الفروع العلاجية والتأهيلية الخاصة ..

ويقتضى تنفيذ هذا الاقتراح بطبيعة الحال تدعيم المؤسسة بالامكانيات المادية والفنية وقيام ادارة مستقلة لكل فرع من فروعها مع قيام هيئة عامة او مجلس لادارة المؤسسة ككل وللإشراف على الادارات الفرعية والتنسيق بينها . وربما تمكن توفير بعض المال اللازم لانشاء هذه المؤسسة عن طريق استصلاح الأراضى البور الشاسعة المحيطة بالمستشفى واستغلال ناتج زراعتها كذلك فى انشاء حظيرة لتربية الدواجن والمواشى . وهذه المشروعات علاوة على نفعها الاقتصادي يمكن استغلالها فى الأغراض العلاجية والتأهيلية لمختلف النزلاء سيما قاصري العقل والمسنين .

مشكلات العلاج فى مستشفياتنا العقلية :

وإذا ألقينا نظرة عامة على مستشفيات الأمراض العقلية بالجمهورية العربية المتحدة ، لوجدنا أنها تعاني من المشكلات الرئيسية الآتية :

١ - النقص فى المرضات المؤهلات التخصصات فى العمل مع المرضى النفسيين والعقليين ، حيث لا تكاد توجد ممرضة واحدة تخصصت فى هذا المضمار فى ج ٥٠ ع ٥٠ م .

وهذه المسئولية تقع فى الواقع على عاتق معهدى التمريض الحديثين بجامعة القاهرة والاسكندرية ، حيث ينبغى أن يصبح التمريض العقلى والنفسى أحد فروع الدراسة والتخصص بهذين المعهدين .

٢ - لا يوجد في المستشفيات الباحثات والباحثون الاجتماعيون المتخصصون .
في الخدمة الاجتماعية في ميدان الطب النفسي (١) . ولا توجد حتى الآن في
ج.ع.م . الدراسة التي تؤدي الى تخريج هذه الفئات من الأخصائيين
الاجتماعيين ، على الرغم من علمنا بأن كلا من « المعهد العالي للخدمة الاجتماعية
بالقاهرة » و « لجنة اعداد القادة بالمجلس الأعلى لرعاية الشباب » قد تقيم
بين عامي ١٩٥٩ ، ١٩٦٠ مشروع خطة لدبلوم عالية تخصصية في هذه
الدراسة مدتها سنتان ، يلتحق بها المتخرجون في المعاهد العليا للخدمة
الاجتماعية أو في أقسام الاجتماع بكليات الآداب .

٣ - يتولى العلاج بالمستشفيات نوع واحد من الأطباء والمعالجين هم
الأطباء النفسيون (٢) الحاصلون على « دبلوم الأمراض النفسية والعصبية (٣) »

وبطبيعة اعداد هؤلاء الأطباء فان عملهم بالمستشفى أو بالعيادة النفسية
يكاد يقتصر على العلاج الطبى باستخدام العقاقير والصدمات التشنجية الكهربائية
وصدمات الأنسولين وما الى ذلك ، وقلما يلجأون - الا من كانت له منهم
هواية في ذلك - الى العلاج النفسى المساعد باستخدام أسلوب التحليل
النفسى أو غيره من أساليب العلاج النفسى الأخرى !

والمشاهد في مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية في البلاد المتقدمة ،
أن كثيرا منها يستعين الى جانب الأطباء النفسيين بصنف آخر من المحللين
والمعالجين النفسيين الذين تلقوا دراسة متخصصة - على مدى أربع سنوات
أو أكثر - في التحليل النفسى أو العلاج النفسى فى صورة من صورهم ، أو

Psychiatric Social Workers

(١)

Psychiatrists

(٢)

(٣) دبلوم الامراض النفسية والعصبية D.P.M. هي دبلوم
تخصصية من الدبلومات التى تمنحها كليات الطب بجامعة ج.ع.م ومدته
الدراسة لها سنة واحدة بعد البكالوريوس فى الطب .

الذين تخصصوا في دراسة علم النفس الاكلينيكي الى درجة الدكتوراه (١) . أما في الجمهورية العربية المتحدة فان مستشفيات الأمراض العقلية تفتقر الى هذه الفئة من المعالجين النفسيين المتخصصين ، رغم الحاجة الماسة الى خبراتهم في العلاج .

وقد استعانت وزارة الصحة في الآونة الأخيرة ببعض الحاصلين على الليسانس في الدراسات النفسية - من أقسام علم النفس بكليات الآداب - بعد تزويدهم بدراسات تدريبية قصيرة . ومن الواضح أن طبيعة اعداد هؤلاء لا تؤهلهم لممارسة العلاج النفسي ، بل لعمل من أعمال « القياس النفسي » أي لتطبيق الاختبارات السيكولوجية واجراء بعض الفحوص لجمع البيانات التمهيدية التي تفيد في التشخيص ، وهي وظيفة أخرى لا بد من توافرها في كل مستشفى وعيادة لعلاج الأمراض النفسية والعقلية ، ونعني بها وظيفة « إحصائي القياس النفسي (٢) » .

٤ - ان رعاية المرضى في مستشفياتنا الحكومية رغم أنها تحسنت كثيراً عما كانت عليه قبل سنوات ، لا تزال دون المستوى المنشود . وهذا يرجع بطبيعة الحال الى الامكانيات المادية بالدرجة الأولى ، ويرجع ثانياً الى أشخاص واتجاهات العاملين بسائر مرافق المستشفى والذين يتصلون بالمريض أكثر من اتصال أطبائه به .

(١) يقصد بالمحللين النفسيين Psychoanalysts أتباع المدرسة الفرويدية في التحليل النفسي ، وهم يعملون لمهتهم في معاهد معدودة بأوروبا وأمريكا تمتد الدراسة فيها الى خمس سنوات ويجري في السنة الأولى منها تحليل نفسي كامل للطالب نفسه . أما المحللون على مذهب أدلر أو يونج فيطلق عليهم بالانجليزية Analysts . واما التسمية العامة لكل من يباشرون العلاج النفسي على اختلاف أساليبهم ومذاهبهم فهي « المعالجون النفسيون » Psychotherapists.

Psychometrist

(٢)

ان المفروض فى رعاية المرضى ألا ينقص مستوى معيشتهم داخل المستشفى بشكل عام عن مستوى المعيشة الذى تعودوا عليه خارج المستشفى ، والا كانت النتيجة هى احساس المرضى بالحقارة وبأنهم دون المستوى الانسانى .وبأن المجتمع يعاملهم معاملة مختلفة لسبب مرضهم !

وينصب هذا على أسرة النوم ونظافة العنابر وتجميلها ومدى اكتظاظها بالأسرة . . . وينصب أيضا على الطعام وجودته وكمياته ومكانه ونوع الخدمة فيه . . . وينصب كذلك على الترويح ، الذى لو اعتبرناه أمرا ذا قبعة فى حياة الفرد العادى فهو ضرورة لا يمكن الاستغناء عنها بالنسبة للمريض الذى يقيم اقامة طويلة بالمستشفى . . وما لم تتوافر الوسائل الترويحية بالمستشفى يضطر المرضى الى الجلوس ساعات طويلة دون ما عمل أو تسلية ، مما يدفعهم الى اجترار آلامهم والانكماش الى عالمهم الخاص ، ويهدم بالتالى جميع المحاولات فى سبيل شفائهم !!

وتنصب الرعاية بوجه عام على معاملة المريض فى المستشفى التى ينبغى أن يشعر خلالها بالاحترام من جميع من يتعاملون معه ، وبوجود من يهتم اهتماما صادقا بمتاعبه وأموره الصغيرة ومظهره وهندامه . . فلكل ذلك أثره الهام فى مدى استعادته لثقتة بنفسه ودرجة تقدمه نحو الشفاء .

المستشفيات الخاصة :

الى جانب المستشفيات العقلية الحكومية التى سبق الحديث عنها ، توجد فى الجمهورية العربية المتحدة بعض المستشفيات الخاصة التى تجمعت فى العاصمة فى ضواحي حلوان والمعادى والزيتون .

وأشهر هذه المستشفيات وأقدمها « مستشفى بهمان للأمراض النفسية والعصبية » بحلوان ، الذى جذبت شهرته بعض المرضى من البلاد العربية الشقيقة ، حتى أنهم يؤلفون نسبة ٣٠٪ تقريبا من مجموع المرضى بالمستشفى فى الوقت الحالى .

وجاء في وصف الدكتور كراوس Kraus خبير هيئة الصحة العالمية لهذا المستشفى في عام ١٩٥١ ما يلي (١) :

«...» يتفرد المستشفى بموقع بديع فوق ربوة عالية ويطل على منظر رائع من كل نافذة من نوافذه ، كما أن أبنيته مصممة تصميمًا حديثًا سواء من الداخل أو الخارج وتتميز بنوعها الفني الرفيع ... ويتمتع المرضى في المستشفى بالراحة التامة وبأحسن ما في بيوتهم .. أما العلاج الطبي فيسائر أحدث التطورات العلمية ويكاد يكون نموذجيًا فهناك وحدة انسولين جيدة جدا ، كما يبذل القائمون على المرضى كل جهد ممكن في سبيل الترويح والعلاج بالعمل والعلاج عن طريق الفن وإعادة تنظيم خبرات المرضى . أما هيئة التمريض فانها تخضع لرقابة مباشرة من مدير المستشفى الذي يلح بصفة خاصة على ضرورة احترام شخصية المرضى وفرديتهم فوق كل شيء آخر . وهذا الاتجاه نحو المرضى بالذات وليس فقط المظهر الفاخر للمستشفى هو ما يجعل هذا المستشفى ينتمي الى أحسن المستشفيات في العالم ...»

كان هذا بعض ما كتبه الدكتور كراوس عن المستشفى في عام ١٩٥١ وكانت سعة المستشفى اذ ذاك ٩٠ سريرا . وعندما قام المؤلف بزيارة حديثة للمستشفى علم أن سعته زادت الى ١٢٠ سريرا ، وهي زيادة ضئيلة خلال ١٨ سنة لا تتناسب مع ما كان يتوقع من مساهمة المستشفى في الحياة العامة المصرية ، وخاصة أنه مقصد الكثيرين من الأقطار الشقيقة كذلك .

ولا زالت رعاية المرضى بالمستشفى في أعلى المستويات ، كما أن المستشفى يعنى عناية خاصة بالقياس النفسى الذى يتولاه خبراء منتدبون لهذا العمل .

وقد اشتهر هذا المستشفى فى الماضى باستكمال خدمات العلاج النفسى التى يباشرها معالجون نفسيون متخصصون فضلا عن العلاج الطبى الشامل (وكانت هذه إحدى الميزات التى يتفرد بها بالمقارنة مع المستشفيات الحكومية الا أن العلاج بالمستشفى فى الوقت الراهن أصبح يتركز بدرجة شديدة على العلاج الطبى وحده ، وذلك رغم وجود قسم كامل بالمستشفى لأمراض العصاب !! وحبذا لو استعان المستشفى من جديد بخدمات المعالجين والمحللين النفسيين .

(١) «Report on Mental Health Survey in Egypt.» W.H.O. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1951, p. 6.

وقد أضاف المستشفى مؤخرًا إلى أقسامه وحدة مستقلة لضعاف العقول من الأطفال ، أقام لها مبنى خاصًا مكونًا من طابقين وحديقة تضم مختلف وسائل الترويح واللعب . ومن مزايا هذه الوحدة أنها تقبل كل طفل يتقدم إليها ، بغض النظر عن درجة إعاقته العقلية أو عن جمع الطفل بين إعاقتين مختلفتين في وقت واحد أو بين الإعاقة وبعض العيوب الخلقية أو التشريحية أو أحد الأمراض العصبية ، الأمر الذي لا يتوافر في شروط التحاق الأطفال من ضعاف العقول بالمؤسسات القائمة الخاصة بهم في ج ٠ ع ٠ م ٠ من حكومية وأهلية - ويستثنى من ذلك فقط الطفل الذي يصبح وجوده في الوحدة مصدر إزعاج للأطفال الآخرين بدرجة تعوق توجيههم . ومن مزايا هذه الوحدة أيضًا أنها ترعى كل طفل رعاية فردية وتضع له البرنامج الصحي والتوجيهي والتربوي الذي يتلاءم مع حالته وأوضاعه الخاصة . . كما أن الدار المخصصة لهؤلاء الأطفال وما بها من محتويات قد أسست على صورة تبعث الإحساس بالجمال وتثير عند الأطفال مشاعر الارتياح والانتعاش .

ولنا تعليق عام على مستشفياتنا الخاصة للأمراض العقلية والنفسية ، وهو أن العلاج بها باهظ التكلفة ولا يقدر عليه إلا القلة الضئيلة من أصحاب الدخول العالية - ذلك أن نفقات الإقامة وحدها بالمستشفى تتراوح بين جنيتين وخمسة جنيهات عن الليلة الواحدة ، ناهيك عن نفقات العقاقير والصدقات والعلاج الشامل . . وهذا فضلًا عن ضيق الأماكن بها واقتصارها على أعداد محدودة جدًا من المرضى !

ونرى أنه من واجب المسؤولين عن التخطيط للصحة النفسية أن يدعموا هذه المستشفيات بالانشاءات والامكانيات والأموال ، وخاصة أنها تشكل مستويات رفيعة في العلاج والرعاية . . ولا شك أن تدعيم المؤسسات القائمة الراسخة هو جانب هام من جوانب رعاية الصحة النفسية في المجتمع . وربما كانت الجهود التي تبذل في سبيل ذلك أجدى وأقل تكلفة من انشاء مستشفيات جديدة دون توفير الامكانيات الكافية لها .

(مشكلات الصحة النفسية - ٣)

العيادات النفسية الخاصة :

هناك عدد غير قليل من « العيادات النفسية الخاصة » في الجمهورية العربية المتحدة لاسيما في مدنها الكبرى ، الا ان العلاج الذي يتولاه الاطباء النفسيون في أغلب هذه العيادات - وهم كما قلنا من الحاصلين على دبلوم الأمراض النفسية والعصبية - هو علاج طبي أكثر منه علاج نفسي ، بل هو علاج طبي بحث في أغلب الأحيان .

أما العلاج النفسي الذي يتولاه من أعدوا له أعدادا خاصا ، فليس في الجمهورية كلها من يمكن أن يقوم به سوى اثنين من المحللين النفسيين الفرويديين وعدد آخر لايزيد كثيرا عن عدد اصابع اليدين من المعالجين النفسيين من غير الملتزمين بمذهب فرويد للتحليل النفسي !

وبعض هؤلاء لم يؤسسوا عيادات نفسية خاصة لاسباب مختلفة ، لعل من أهمها عدم انتشار الوعي الكافي بالعلاج النفسي وبالتالي عدم تحقيق دخل مجز تدره هذه العيادات ٠٠٠ فبينما في بلد كالولايات المتحدة يسارع الفرد الى الاستشارة النفسية لمجرد احساسه بالفتور أو لاي اختلاف بسيط في مزاجه أو الطريقة التي يمارس بها حياته ، نجد أن مواطنينا لايتجهون الى العيادة النفسية - اذا اتجهوا - الا بعد أن تستفحل حالاتهم حتى تستعصى أحيانا على العلاج ، والا بعد أن يكونوا قد مروا - في غالبية الأحوال - على المشعوذين وكتاب الأحجية ومن اليهم !!

ومن ناحية أخرى فان الجهد المضنى الذي يتكلفه المعالج النفسي طيلة ساعة من الزمان في كل جلسة من الجلسات العلاجية ، لا يتقاضى هذا المعالج في نهايته أكثر مما يتقاضاه الطبيب البشرى (الممارس العام) وفي أحسن الأحوال ما يتقاضاه الطبيب المختص على فحص يدوم دقائق معدودة .

حيرة المرضى النفسيين ازاء وجهة العلاج :

ولا بد من الاعتراف بأن هناك مشكلة حقيقية تواجه من يبتلى بواحد من

هذه الأمراض النفسية .. فهو اذا كان فى قرية أو مدينة صغيرة فلن يجد من يتردد عليه للعلاج ، ولو فرضنا ان السفر الى القاهرة أو الى مدينة كبيرة أخرى أمر ميسور لهذا المريض فانه يتعذر عليه - فى أغلب الأحوال - ان يقيم فيها المدة الكافية للعلاج أو التحليل النفسى ، والتي تصل أحيانا الى أكثر من سنة يتردد خلالها على المعالج بين مرتين وثلاث مرات أسبوعيا ! وإذا تحقق للمريض ذلك ، أو حتى لو كان المريض من سكان العاصمة ، فانه سيجد ان العلاج النفسى - نظرا لطول المدة التى يستغرقها - أمر مكلف على المدى الطويل .. وعلى فرض أن المريض وأهله قادرون على تحمل نفقات العلاج ، فهناك مشكلة ندرة المعالجين المتخصصين بل وانعدامهم كلية فى بعض نواحي العلاج الخاصة !!

على أن الأزمة فى المعالجين النفسيين - وان بدت فى دولتنا النامية شديدة الحدة - هي فى حقيقة الأمر أزمة عالمية تعاني منها حتى الدول المتقدمة .. فهناك دائما قصور فى نسبة المعالجين النفسيين الى الأعداد الغفيرة من المرضى . وربما كان ذلك لسبب صعوبة عمل المعالج النفسى والسنوات الطويلة والدراسات الشاقة التى يحتاجها التخصص فيه .

مواجهة الأزمة :

وقد تفتقت هذه الأوضاع فى بعض البلدان المتقدمة عن حل مريح تخطت به حدود الأزمة ، وذلك بالالتجاء الى « العلاج الجمعى » على اختلاف أساليبه وطرائقه - أى علاج عدد من المرضى معا فى مجموعات صغيرة ، مما يؤدى الى خفض كبير فى نفقات العلاج وفى عدد المعالجين وفى الجهد المبذول من جانب هؤلاء المعالجين .

وفى رأينا ان وسيلة العلاج الجمعى هي أنسب ما تكون لظروف بلد نام كبلدنا يعانى من الفقر الشديد فى المعالجين النفسيين ومن المستويات الاقتصادية المنخفضة لسواده الأعظم ، وأنه ينبغى ادخال هذه الوسيلة الى

مستشفياتنا وعياداتنا النفسية ومؤسساتنا العمالية والطلابية على اعتبار أن ذلك هو أحد الحلول الجذرية لمشكلة الصحة النفسية على المستوى العلاجي في الجمهورية العربية المتحدة ، فضلا عن أن العلاج الجمعي وفلسفته الاجتماعية هو أقرب أنواع العلاج النفسى الى تحقيق المبدأ الاشتراكي . ونظرا لما نوليّه من أهمية لهذا الحل بالنسبة لظروفنا الخاصة فقد أفردنا بعض الفصول المتأخرة من الكتاب لشرح نظرية العلاج الجمعي والأسس السيكولوجية التي يبنى عليها والأساليب المستخدمة فيه ، وكذلك بعض التجارب التي أجريت عليه في الجمهورية العربية المتحدة .

أما الجانب الآخر من مواجهة أزمة العلاج النفسى في الجمهورية العربية المتحدة فيتمثل في رأينا في انشاء معهد خاص على مستوى الدراسات العليا يلتحق به المتخرجون في أقسام الدراسات النفسية بالجامعات كما يلتحق به الأطباء والأخصائيون والاجتماعيون ، ليعدوا أعدادا خاصا لمهمة العلاج النفسى بصورة مختلفة ، وليعد بعضهم لمهمة القياس النفسى والعقلى ، وبعضهم الآخر للخدمة الاجتماعية النفسية ، الى غير ذلك من أنواع الخدمات العلاجية والتأهيلية التي يحتاجها المرضى النفسيون والعقليون .

هذا وقد سبق للمؤلف ان تقدم في عام ١٩٥٩ بمشروع الى « لجنة التوجيه النفسى والاجتماعى » بالمجلس الأعلى لرعاية الشباب ، يستهدف تعميم الخدمات النفسية العلاجية والوقائية في مدى خمس سنوات . ولا يزال هذا المشروع فى رأينا صالحا كنقطة انطلاق للتوسع فى هذه الخدمات لتشمل أنحاء الجمهورية ، وهو المشروع الآتى :

يقضى المشروع بانشاء وحدة للخدمات النفسية فى كل محافظة من المحافظات ، على أن تضم هذه الوحدة الوحدات الفرعية التالية :

١ - عيادة للأمراض النفسية للطلاب .

٢ - مكتب للارشاد النفسى للشباب .

٣٠ - مكتب للتوجيه المهني والتعليمي .

٤ - مكتب للخدمة الاجتماعية المدرسية .

٥٠ - فصلين دراسيين لضعاف العقول من الأطفال ، ومثلهما لكل من الصم والمكفوفين .

وهذا النظام المقترح يشبه النظام المتبع في العيادة المعروفة باسم Poly-clinic أى « العيادة الشاملة » أو « العيادة المتعددة الأغراض » ، وفى مدينة فينا بالنمسا ، فيما عدا البند الأخير الذى أضفناه لسبب النقص الشديد فى فصول التربية الخاصة (الفصول الخاصة بالأطفال المعوقين) وخاصة فى بعض المحافظات .

وتحتاج كل وحدة من وحدات الخدمات النفسية المقترحة الى عدد من المتخصصين فى فنون مختلفة هذا بيانهم :

عدد

٢ أخصائى فى العلاج النفسى .

١ طبيب نفسى .

٢ سيكولوجى للاختبارات النفسية والقياس العقلى .

٥ أخصائى اجتماعى مدرب على العمل بالعيادات النفسية .

١٢ مدرسة لفصول التربية الخاصة .

ونظراً للنقص الشديد فى عدد الأخصائيين اللازمين لمثل هذا المشروع وللجهات الأخرى التى تحتاج الى الخدمات النفسية ، اقترحنا لمواجهة النقص المقترحات التالية :

١ - انشاء معهد للدراسات النفسية المتخصصة يلحق به المتخرجون فى أقسام الدراسات النفسية بكليات الآداب ، واستقدام أساتذة اجانب للتدريس بهذا المعهد فى الأقسام التى لا تستكمل هيئة التدريس بها .

٢ - دعم الدراسة الخاصة بالارشاد النفسى القائمة بكلية التربية بجامعة عين شمس والتي يلحق بها من يقع الاختيار عليهم من الأخصائيين الاجتماعيين ومدرسى علم النفس بدور المعلمين .

٣ - إيفاد البعثات الدراسية الى الخارج استكمالاً للاعداد اللازمة من المعالجين والمحللين النفسيين وكذلك استكمالاً لهيئة التدريس بمعهد الدراسات النفسية المقترح .

٤ - إيفاد بعثات قصيرة الأجل للتدريب العملى على التوجيه التربوى والمهنى والارشاد النفسى ، والاطلاع على أنظمة الهيئات التى تقدم مثل هذه الخدمات فى الخارج .

٥ - الافادة من امكانات العيادات النفسية الحالية بكليات التربية والآداب والبنات بجامعة عين شمس ، وبعيادات الصحة المدرسية والعيادات النفسية الملحقة بالمستشفيات فى التدريب العملى للطلاب الذين يعدون للتخصص فى العلاج النفسى والارشاد النفسى ، أو انشاء عيادة نفسية جديدة لهذا الغرض ، بالمعهد المقترح .

بعض الصعوبات الخاصة للعلاج النفسى فى ج ٥٠ م :

من الوسائل التى تستخدم كثيراً فى العلاج النفسى ، محاولة ادخال تعديلات على بيئة المريض الطبيعية والنفسية - ذلك أنه مع اعترافنا بأن الهدف الاسمى لاي علاج هو العمل على زيادة استبصار المريض بنفسه وتوصله الى طرق أفضل للتعامل مع ظروفه وبيئته كما هى فى الواقع ، إلا أن ضغوط البيئة الاجتماعية كثيراً ما تكون أقوى وأعتنى من أية محاولة للتكيف معها أو للتفاعل المتكافئ بين المريض وبين ما يحيط به من ظروف ومعوقات . وفى مثل هذه الأحوال فإنه يصبح من المرغوب فيه جداً العمل على خفض هذه القوى الخارجية المناهضة بأجراء تعديلات جزئية أو كلية ، مؤقتة أو دائمة ، فى بيئة المريض وظروفه المحيطة ، بحسب مقتضى الحال .

وعلى سبيل المثال ، فقد يكون الوضع الأسرى لأحد الطلاب بحيث يستعصى معه تكيفه الى ما بين والديه من علاقة متدهورة ، يترتب عليها شجارهما المتصل واصطباغ الجو النفسى للبيت بالثورة والهياج واضطراب وتناقض تصرفات الوالدين مع الأبناء . وفى ظروف بعض المجتمعات الأخرى ، فانه من المألوف فى مثل هذه الحالة أن ينصح بنقل الطالب الى بيئة أصح نفسيا لنموه من بيئة الأسرة ، كتحويله الى مدرسة داخلية مثلا ولو بصنفة مؤقتة ومن المتبع أيضا فى بعض المراكز العلاجية أن يوضع أفراد هذه الأسرة جميعا تحت العلاج الفردى أو الجمعى ، باعتبار أن المشكلة هى مشكلة الأسرة برمتها ويستهدف العلاج فى هذه الحالة تعديل الاتجاهات النفسية لأفراد الأسرة بعضهم نحو بعض ونحو المشكلات العامة للأسرة ، فاذا فشل فى ذلك بالطرق العادية فقد يتناول أوضاع أفراد الأسرة بالتغيير والتعديل - فينصح مثلا بانفصال الزوجين لفترة من الوقت وبإدماج كل من الزوجين على حدة فى مجموعة علاجية (الهدف منها أن يخبر كل من الزوجة والزوج أنماطا جديدة من العلاقات تساعد على تعديل مفاهيمه عن العلاقات الأسرية) ثم إعادة شمل الحياة الزوجية بينهما بعد انقضاء فترة العلاج !

مثل هذه التغييرات والتعديلات فى بيئة المريض وظروفه وعلاقاته فى الأسرة والعمل والزواج قد تكون من الإجراءات العادية التى يلجأ اليها العلاج النفسى فى بعض المجتمعات الأخرى ، ولكنها تصطدم فى مجتمعنا بعقبات كثيرة منها ما يتعلق بتقاليد المجتمع وأحكامه الأخلاقية ، ومنها ما يتعلق بالإمكانات نفسها وصعوبة أحداث تغيرات مؤثرة فى بيئة المريض .

ومن هذه العقبات ما يلى :

١ - اذا اردنا أن ن عزل طفلا عن أسرته لانها تشكل بيئة فاسدة لنموه فانه لمن اشق الأمور أن نجد لهذا الطفل بيئة أنسب لنقله اليها اذا لم يكن يتيما فلا يمكن تحويله الى ملجأ للإيتام (وبعض هذه الملجأ يشترط لقبول

الطفل أن يكون يتبسم الأبوين كليهما) ٠٠٠ وإذا لم يكن جانعا وذا سوابق في الجريمة فلا يمكن ايداعه في مؤسسة للاحداث ٠٠٠ وإذا لم يكن لقيطا (أو في حالة الأنثى إذا لم تكن معرضة للغواية وبدأت فعلا طريق الانزلاق) فلا يمكن الايداع في مؤسسات الايواء ٠٠٠ وان لم يكن مقتربا عن محصل اقامة الوالدين فانه لا يمكن الحاقه بمدرسة داخلية ، فضلا عن أن المدارس الداخلية قد تقلصت الى عدد لا يزيد عن أصابع اليدين في الجمهورية كلها ٠٠٠ ولا يتبقى من الحلول الممكنة الا البحث عن أسرة من أسر أقارب الطفل ليعهد به اليها ان تيسر ذلك ، وخاصة أن نظام « أسر التبني » ليس شائعا عندنا بدرجة كبيرة ولا ينسجم مع تقاليد ثقافتنا !

ويدعونا هذا الى المطالبة بإنشاء عدد من الأقسام الداخلية في كل محافظة من المحافظات ٠ ولقد كان لدينا بالفعل عدد كبير من المدارس الداخلية في وقت من الأوقات الا انها كادت الآن ان تنقرض ، على الرغم من أن هذه المدارس تقوم بوظيفة اجتماعية هامة هي توفير الاستقرار والأمن والبيئة الصالحة للنمو لعشرات المئات من الحالات الطلابية ، وذلك عندما تتوفر لها ظروف الرعاية والتوجيه اللائمين ٠

٢ - ومن العقبات المادية في سبيل اجراء تعديلات في بيئة المريض ، أزمة المساكن المستحكمة في بلادنا ٠٠ فمن الأمور الشائعة أن تجد أسرة بأكملها - وخصوصا في القطاعات العمالية - تقيم في غرفة واحدة أو غرفتين ، أو تشارك أسرة أخرى في المسكن الواحد !

ومن المعروف أن هذا الوضع يؤدي الى اضرار كبير بنفسية الأبناء في هذه الأسر ، فعلاوة على صعوبات الاستذكار فهناك أخطار الاطلاع على أسرار العلاقة الجنسية بين الزوجين في سن مبكرة وأخطار الاستشارة الشبقية نتيجة تلاصق الاخوة والأخوات في منام مشترك الى غير ذلك مما يسببه ضيق المكان وازدحامه وضعته من احساسات بالضيق والسأم والكآبه !

فالظروف الاقتصادية المتدهورة لبعض الأسر هي أحد العوامل الأكيدة في دعم المشكلات النفسية عندنا ، وإذا أضفنا إليها الأزمة الخائقة في المساكن فإنه يصبح من العبث محاولة نصيح المريض بإجراء تعديل جوهري في بيئته المادية في بعض الأحوال التي تتطلب ذلك .

٣ - ويصعب بل يتعذر في ظروف مجتمعنا أحيانا ، أن ننقل عاملا الى غير عمله إذا كان ذلك أمرا مرغوبا فيه من وجهة نظر علاجه كما يصعب أن نجد دائما للمريض مكانا للتدريب على عمل مقصود بذاته وأن تتعاون معنا في ذلك جهات العمل المختصة ، أو أن نجد دائما فرص التأهيل المهني لبعض ذوي العاهات والمعوقين ، أو فصول التربية الخاصة التي تقبل طفلا يجمع بين اعاقتين ، الى غير ذلك من الاجراءات التي يرى أنها ضرورية لنجاح العلاج في حالات خاصة .

٤ - وهناك مفاهيم وقيم أساسية مميزة لنوع الثقافة السائدة لا بد أن يعيها المعالج النفسي جيدا حتى تستقيم تفسيراته واستنتاجاته بصدد ما يقابله من صور التفكير والسلوك في حالة من الحالات ، وحتى يوجه خطته العلاجية توجيهها سليما في اطار هذه القيم والمفاهيم . . . وبعض هذه القيم والمفاهيم شائع وعام في حياتنا المصرية ، وبعضها الآخر يختلف وزنا أو نوعا من بيئة الى أخرى من بيئاتنا المحلية .

فمن القيم الرئيسية في مجتمعنا المصري بشكل عام القيم الدينية التي تشكل خطأ رئيسيا في تفكير الناس وتوجيه سلوكهم . ومن الخطأ الجسيم أن يهمل التفسير الاكلينيكي تغلغل هذه القيم في الحياة المصرية أو أن تصطبغ خطة العلاج مع ما تفرضه هذه القيم من ولاءات وممارسات معينة .

كذلك تختلف مفاهيمنا عن أشكال وحدود العلاقة بين الجنسين في المجتمع . اختلافاً جذريا عن المفاهيم المصطلح عليها في بيئات أخرى بعضها متمدينة متقدمة ، وبعضها متخلفة تعيش على البداوة والقطرة . بل ان هناك اختلافاً

تسبباً بين مجتمعنا الريفي ومجتمعنا الحضري فيما يتعلق بهذه المفاهيم . ومن واجب المعالج النفسي أن تنسجم خطته في العلاج مع نوع المفاهيم السائدة عن الجنس في المجتمع أياً كانت معتقداته الشخصية وآراؤه الخاصة - أو آراء مدرسة من مدارس العلاج النفسي - في هذا الموضوع ، إذ أن تعارض الاتجاه العلاجي في ذلك مع الاتجاه الثقافي لن يفيد بقدر ما يمكن أن يؤدي إلى تعقيدات جديدة ومشكلات توافقية إضافية بالنسبة للمريض .

ومن قيمنا الأساسية أيضاً الترابط القوي بين أفراد الأسرة الواحدة ، وأهل البلد الواحد ، و « العزوة » الواحدة . . . ولا يفيد - بل إن الضرر في ذلك محقق - إذا تجاهل المعالج هذه الشبكة من العلاقات والولاءات واتخذ خطة في العلاج تتعارض مع ما لهذه العلاقات المتشابكة من تأثير وتوجيه في الأفراد . . . مهما كان رأيه الخاص في هذه المسألة !

ولابد أن يولي المعالج أيضاً أهمية خاصة للاعتبارات المصطلح عليها في بيئة المريض خاصة بالمكانة الاجتماعية والاعتبار الاجتماعي ، وأن تتسق خطته العلاجية مع هذه الاعتبارات ومع نظرة المريض الخاصة إليها !

هـ - ليس هذا فحسب ، بل إن إحدى الصعوبات الرئيسية التي تواجه المعالج النفسي هي محاولة الفصل بين ما هو تأثير خالص لنوع الثقافة السائدة وما ليس كذلك . . . فإذا ووجه بأفكار دينية متطرفة في حالة من الحالات ، فإن عليه أن يتأكد ما إذا كان صاحبها مصاباً بالهوس الديني أو أنه ينتمي إلى بيئة تتغلغل فيها التأثيرات الدينية فعلاً بحيث لا يختلف المريض في تطرفه الديني عن سائر أفراد مجموعته المرجعية . . . وإذا ووجه المعالج بشخص يتسلط الخوف من الحسد على حياته ، فإن على المعالج أن يستوثق من عقيدة الناس حول الحسد في بيئة المريض قبل أن يصدر حكمه بأن الخوف من الحسد هو « فكرة متسلطة » أو « وسواس حواذي » يعاني منه مريضه (١) .

(١) أنظر : صموئيل مغاريوس ، « الفكرة المتسلطة » - دراسة أكلينيكية - عربية ، مكتبة النهضة المصرية ، ١٩٦٤ .

ويتفق هذا مع فكرة النسبية في الصحة النفسية وفي التوافق الشخصي والاجتماعي^١، فإن من يعتبر متوافقا في أحد المجتمعات قد لا يعتبر كذلك في مجتمع آخر - وذلك في إطار المفاهيم والأعراف والمثل السلوكية التي تميز نوع الثقافة السائدة في هذا المجتمع أو ذاك .

٦ - ومن مشكلات العلاج النفسي في مصر أيضا ، التعدد والاختلاط بين أنواع الثقافات والتيارات الفكرية ذات التأثير في حياة الناس ، هذا الاختلاط الذي يصفه القوصي (١) بقوله : « فما لا شك فيه أنك تمر في مصر من بلد إلى آخر ومن طرف المدينة إلى طرف آخر فيها فتجد نفسك كأنما تقوم برحلة في أحقاب التاريخ المختلفة : فترى القديم وترى المتوسط وترى الحديث ، وترى الشرقي وترى الغربي وترى المختلط ، وترى هذا كله في فن العمارة وفي ملابس الناس وفيما يروونه من قيم الأشياء وقيم السلوك وفي ألوان تفكيرهم وأنماط سلوكهم » وترى هذا كله في الأفراد وفي الطوائف وفي الأسر ، .. ويعزو الدكتور القوصي هذا الاختلاط والتنافر إلى سيادة اتجاهات ثقافية ثلاثة في الحياة المصرية : « اتجاه مصرى محافظ مصطبغ بالصبغة الشرقية الروحية المحافظة ، واتجاه أجنبي مجدد مصطبغ بالصبغة الأوروبية المادية المتجددة ، واتجاه ثالث يعكس في جوه بعضا من الصور الشرقية وبعضا من الصور الأوروبية ... وواضح أن كل اتجاه ثقافي له ارتباطات معينة ، ويجمع هذه الارتباطات عامل واحد ... هو الشعور بالقوة أو السيطرة الذي يرتبط باتجاه أكثر مما يرتبط به الآخر . وهذا الشعور مصدر من مصادر ما نرى من الصراع وما يبدو من انعدام القدرة على التفاهم بين الجماعات المختلفة الممثلة لمختلف الثقافات ... وهذا الشعور هو أيضا مصدر لما نراه من صراعات تجرى في داخل الفرد الواحد ، فتتنازع الفرد اتجاهات ، فيود أن يحافظ على شرقيته ولكن تغريه وتجذبه الاتجاهات الغربية ... فاما أن يتزمت في شرقيته على نفسه وعلى أولاده خوفا عليهم من الانجذاب

(١) عبد العزيز القوصي ، « التغيرات الاجتماعية والثقافية في مصر وعلاقتها بالصحة النفسية » ، الكتاب السنوي في علم النفس ١٩٥٤ ، ص ٦٩ .

«بمغريات الاتجاه الغربى ، واما ان يندفع فى الغربية أكثر من الغربيين أنفسهم،
واما أن يبدو خليطا عجيبا بين الاثنين ، واما أن يظهر وحدة متناسقة جمعت
بين الاثنين جمعا مقبولا(١)» .

٧ - وفى الوقت الذى يطل فيه المعالج النفسى على صورة المجتمع المعاصر
وما وراءها من خلفيات تاريخية واجتماعية كتلك التى تناولها البند السابق ،
فلا بد له أيضا من اطلالة على صورة المستقبل واتجاهاته وتطلعاته . . .
وبالنسبة لمجتمعنا فى ج.ع.م . فاننا نمر بمرحلة التحول نحو الاشتراكية
وتنويب الفروق بين الطبقات ، مع ما يتضمنه ذلك من قيم جديدة مرغوبة
كاحترام العمل اليدوى وترجيح السلوك التعاونى على السلوك التنافسى ،
وتشجيع التنمية الاجتماعية على حساب التنمية الطبقية ، و « تضيق الفرص
أمام السلوك الانتهازى الذى يعتمد على التلون وأمام السلوك المخاطر الذى
يعتمد على الحظ والحيلة . . . (٢) ولا بد أن تكون هذه الخطوط الرئيسية
وغيرها من خطوط المجتمع الاشتراكى ضمن الخلفية التى يصدر المعالج النفسى
عنها ايحاءاته وتوجيهاته المباشرة وغير المباشرة ومحاولاته فى مساعدة المريض
على تحديد اهدافه وتقييم أعماله ورسم صورة مستقبله .

(١) عبد العزيز القوصى ، المصدر السابق ، ص ٦١ - ٦٣ .

(٢) أحمد زكى صالح ، « المقومات السلوكية فى مجتمعنا الاشتراكى » ،
صحيفة التربية ، القاهرة ، مايو ١٩٦٤ .

من الذى يتولى العلاج النفسى ؟

أشرنا فيما سبق بين الحين والآخر الى الطبيب النفسى Psychiatrist والى المعالج النفسى Psychotherapist بما يفهم منه أن لكل منهما دورا خاصا يقوم به فى علاج الأمراض النفسية وبما يشير الى تكامل دوريهما مع الأدوار التى يؤديها أشخاص آخرون فى تقديم الخدمات الضرورية للعلاج ومنهم أخصائى القياس النفسى ، والأخصائى الاجتماعى النفسى ، وأخصائى العلاج بالعمل ، وأخصائى التأهيل المهنى ... الخ ، ومنهم أيضا فى حالات خاصة أخصائى الغدد ، وطبيب الأمراض العصبية .

ويفهم أيضا مما تعرضنا له من وصف وتعليق هنا وهناك أننا نرى أن أمر العلاج النفسى سواء فى المستشفيات أو فى العيادات النفسية أو مراكز الارشاد النفسى يجب أن يعهد به الى فريق من المتخصصين الذين يعملون معا ويفكرون معا ، ولا ينبغي بحال ما أن يكون مهمة فرد واحد مهما كان تخصصه - وذلك بحكم طبيعة اضطرابات الشخصية نفسها ، وبحكم تعدد أبعاد الانسان وحاجاته ومراميه ، وكذلك بحكم التعقيد والتركيب فى شخصية الفرد البشرى وفى التأثيرات التى تتأثر بها هذه الشخصية من اجتماعية وحضارية وبيولوجية ونفسية .

ومع أن الكتاب الحالى لم يقصد به أن يكون تعريفا بمواصفات كل مهنة من المهن المرتبطة بعلاج الأمراض النفسية (١)، ولا أن يكون شرحا للأمراض النفسية وعليتها وتصنيفاتها المختلفة (٢) مما يقتضى بحثه مؤلفات كاملة ، إلا أننا نحب أن نقف وقفة قصيرة أمام جدال قام فى مصر - كما قام فى بلاد أخرى - بين مناصرى رأيين فى العلاج النفسى ، أحدهما يقول بأن هذا العلاج

(١) يمكن الرجوع فى ذلك الى كتاب عبد المنعم المليجى ، خبراء النفوس ، مكتبة مصر ، القاهرة ١٩٥٦ .

(٢) يمكن الرجوع فى ذلك الى كتاب : مصطفى فهمى ، علم النفس . الاكلينيكى ، مكتبة مصر ، القاهرة ١٩٦٧ .

هو فرع من الطب وبهذا الوصف فلا يجب أن يمارسه غير الأطباء والآخر يقول بأن الأمراض النفسية هي في حقيقة أمرها « اضطرابات سلوكية » وأن تسميتها بالأمراض هي تسمية مجازية ليس الا (كما نطلق لفظ الأمراض على العلل والآفات الاجتماعية مثلا) كما أن طريقة تناول هذه الاضطرابات بالتحليل النفسى والأساليب المشابهة تختلف أيضا عن طريقة تناول الأمراض العضوية ، فلا شأن لها بالطب ، وشأنها كله يتعلق بفرع آخر من فروع المعرفة الانسانية يدور حول الجهاز النفسى ، واستدعاء الصراعات اللا شعورية المكبوتة الى حيز الشعور ، والتداعى الحر ، والتفريغ ، والتحويل أو الطرح ، والاستبصار ، وتحليل الأحلام ، الى غير ذلك من العمليات والأساليب الفنية الخاصة للعلاج والتحليل النفسى !

ويمكن لمن أراد أن يطلع على وجهة النظر الكاملة لكل من الفريقين ، أن يقرأ وجهة النظر الأولى فى كتاب « الطب النفسى فى الحياة العامة (١) » ، ووجهة النظر الثانية فى كتاب « مشكلة التحليل النفسى فى مصر (٢) » ، على اختلاف الزمن بين صدور الكتابين . . . ولقد كان التصور أن النزاع بين وجهتى النظر الذى ارتبطت بدايته فى مصر بالدعوى المقامة ضد أحد المشتغلين بالعلاج النفسى من غير الأطباء (٣) (القضية رقم ٥٨٠ سنة ١٩٣٦ أزبكية) واحتدم زمنا طويلا ، قد حسم وانتهى أمره بصدور القانون رقم ١٦٨ لسنة ١٩٥٦ بتنظيم مهنة العلاج النفسى - حيث سمح هذا القانون بمزاولة المهنة للأطباء النفسيين الحاصلين على دبلوم الأمراض العصبية والنفسية ، كما سمح بذلك لغير الأطباء ممن توفروا على دراسات نفسية متخصصة وباشروا العلاج النفسى فى عيادات معترف بها ، وقد درست حالة كل من هؤلاء الأخيرين على حدة بواسطة لجنة فنية بوزارة الصحة ومنح منهم من منح رخصة

(١) صبرى جرجس ، الطب النفسى فى الحياة العامة ، مكتبة النهضة العربية ، القاهرة ، ١٩٦١ .

(٢) محمد فتحى ، مشكلة التحليل النفسى فى مصر ، مطبعة مصر ، القاهرة ١٩٤٦ .

(٣) محمد فتحى ، المرجع السابق ، ص ١٩ .

١٠٠٠ العلاج النفسى . . . كان التصور أن النزاع قد حسم نهائيا . يصدر هذا القانون ، إلا أن واقع الأمر أن النقاش حول الموضوع لا يزال يدور بين الحين والحين ، تلو خلاله بعض الصيحات المطالبة بتخصر ميدان العلاج النفسى على الأطباء أو - فى أحسن الأحوال - أن يترأس الأطباء هذا العلاج ويعمل غيرهم بحيه - اذا عملوا - تحت اشرافهم وبمقتضى مشورتهم وتوجيههم !!

يحدث هذا فى الوقت الذى يكاد يكون العلاج النفسى فى ج . ع . م . بالفعل حكرا على الأطباء النفسيين ، والذى يفتقر فيه الميدان افتقارا شديدا الى الخدمات النفسية والتحليلية التى لا يستطيع أن يقدمها سوى المعالجين النفسيين المتخصصين وهم من النادرة بحيث لا يكاد يفيد من خبراتهم الا القليلون من المرضى !

أما عن الاعداد الحالى للأطباء النفسيين فى ج . ع . م . فيشير اليه الدكتور « صبرى جرجس فى كتابه بقوله : « إن المواد التى تتضمنها دراسة التخصص فى الطب النفسى بوضعها الراهن لا تكاد تؤهل صاحبها ، ان أهله لشيء » ، إلا للعمل داخل المستشفيات العقلية . والمستشفيات العقلية لا تمثل الآن الا قطاعا صغيرا فى ميدان الطب النفسى (١) . ثم يردف : « ان مدة الدراسة هذه على قصورها وعدم كفايتها (٢) موزعة بين فرعين مختلفين تماما من فروع التخصص الطبى هما الطب النفسى والطب العصبى ، عدا ما تشتمل عليه أيضا من دراسة للطب الباطن (٣) » .

ويشير بعد ذلك الى القصور انوضح فى جانب الدراسات النفسية والدراسات التحليلية وما يرتبط بهما من فروع المعرفة الانسانية فى اعداد

(١) صبرى جرجس ، المرجع السابق ، ص ٢٢٢ .

(٢) مدة الدراسة لدبلوم الأمراض العصبية والنفسية ستة واحدة وبعد الحصول على بكالوريوس الطب .

(٣) صبرى جرجس ، المرجع السابق ، ص ٢٢٣ .

الطبيب النفسى فى نج.ع.م . ويصل من تحليله الى النتيجة المتوقعة عما يجرى فى كثير من العيادات النفسية والمتضمنة فى الفقرة الآتية :

« . . . نرجو ألا يتصدى لتوجيه الناس وحل مشاكلهم والبت فى أقدارهم من لا يستطيع أن يعطيهم من وقته وجهده ما يكفى للانصات الى شكاواهم فى صبر وأناة ، ولا تقول فى ادراك وفهم . نرجو ألا يتصدى للعمل فى ميدان الطب النفسى من لا يعرف أن التاريخ المرضى للحالات العقلية أو النفسية لا يجوز ، ولا يمكن ، أن يؤخذ فى الدقائق القليلة التى هى قصارى ما يسمح به وقت الطبيب اذا غلبت اعتبارات الكم فى العمل لديه معايير الكف . نرجو ألا يتصدى للعمل فى ميدان الطب النفسى من لا يصل قصارى جهده فى تناول الاضطراب العقلى أو النفسى على تعدد صورته ونماذجه الى أكثر من تذكرة طبية واحدة تستخدم على مر السنين كأنها تميمة أو حجاب ، « تعالج » الفصام كما تعالج القلق والوسواس والانحراف الجنسى وغيرها من صنوف المرض والاضطراب ، ومن تعوزه الدراسة المتخصصة التى تجعله مستطيعا أن يفهم المعنى وراء المظهر والعلّة وراء العرض . نرجو ألا يتصدى للعمل فى ميدان الطب النفسى من لا يعرف من أنواع المرض فى هذا الميدان الا « الأعصاب » المتعبة أو المرهقة ، الضعيفة أو الحساسة ، ومن لا يعرف من أنواع العلاج فى هذا الميدان الرحب الفسيح الا التذكرة الطبية أو الصدمات الكهربائية يشير بها أو يجريها لكل طارق بابيه ، لا فرق عنده أن يكون قاصده مريض فصام أو قلق أو وسواس أو نقص عقلى أو ضعف أو برود جنسى أو اضطراب سلوكى أو غير ذلك مما لا يستطاع عدّه أو حصره ، فالكل لديه سواء دون تردد أو استثناء (١) . »

ثم يمضى الدكتور صبرى جرجس فى دعم وجهة نظره بضرورة وأهمية الدراسات النفسية والأنثروبولوجية والتحليلية وغيرها من فروع الدراسات

(١) صبرى جرجس ، المرجع السابق ، ص ٢٤٣ - ٢٤٤ .

الانسانية فى اعداد الطبيب النفسى فيورد امثلة لبرامج هذا الاعداد فى بعض المعاهد الطبية فى الخارج ، فى دراسات يستغرق بعضها ثلاث سنوات بعد الانتهاء من دراسة الطب العام ، ويستغرق بعضها الآخر - الذى يتبع نظام التدريب الفردى تحت اشراف استاذ من أربع سنوات الى ست وقد تزيد (١) . . . ولولا رغبتنا فى تحاشي الاطالة لاوردنا هنا نماذج من هذه البرامج التى احتواها كتابه بالتفصيل (٢) والتى تنصب الكثرة الغالبة لبنودها على دراسة المبادئ الأساسية لعلم النفس والميكانيزمات اللا شعورية وسيكولوجية العلاقات الأسرية وعلم النفس الاجتماعى ونواحي العلاج النفسى الفردى والجمعى وغيرها من الموضوعات النفسية والتحليلية .

ونحن نقدر للدكتور صبرى جرجس - وهو من أشهر الأطباء النفسيين فى بلدنا وأطولهم باعا وأكثرها تعمقا فى البحث العلمى النفسى وتشبعا به واسهاما فيه - نقدر له غيرته الشديدة على أن يعد الأطباء النفسيون اعدادا سليما شاملا فى النواحي النفسية كما فى النواحي الطبية . . . ولكننا نتساءل : هل اذا مدت الدراسة للحصول على مؤهل فى الطب النفسى الى ثلاث سنوات (كما هو النظام المتبع فى أحد مناهجها فى الخارج) أو الى ست سنوات (وهو النظام المتبع فى منهج آخر) تلى السنوات السبع للحصول على بكالوريوس الطب فى ج ٥٠ م ٥٠ أى اذا أصبح اعداد الطبيب النفسى يستغرق بين ١٠ ، ١٣ سنة من الدراسة العالية ، فهل تجد هذه الدراسة من يلتحق بها ؟! واذا وجدت فدائيا أو فدائيين ممن يشغفون بالعلم ومتابعته الى هذه الدرجة ، فهل يمكن أن يصبح ذلك هو السبيل لاعداد جميع المشتغلين بمهنة من المهن مهما سمت ومهما كان عائلها المادى أو الأدبى ؟!

(١) صبرى جرجس ، المرجع السابق ، ص ٢٣٢ .

(٢) صبرى جرجس ، المرجع السابق ، ص ٢٢٦ - ٢٢٩ .

(مشكلات الصحة النفسية - ٤)

والتساؤل الآخر هو : هل يحتاج المحلل أو المعالج النفسى حقا أن يكون ممارسا عاما فى نفس الوقت ؟ وهل هناك جدوى حقيقية فى الجمع بين شتات أنواع مختلفة من المعرفة كل منها يحتاج الى تخصص دقيق طويل يختلف تماما عن التخصص الآخر ؟!

ان الاجابة عن هذين السؤالين قد قدمها «فرويد» أبو التحليل النفسى ومبتكر طريقته ، وقد كان طبيبا قبل أن يفتح أمام الدنيا كلها آفاق الحياة النفسية اللا شعورية ، ورأيه فى الموضوع رأى معروف وقد كتب فيه فصولا مسهبة بعنوان « The Question of Lay Analysis » ويتلخص هذا الرأى فى أن التحليل النفسى ليس من الطب فى شئ وأنه لا يحتاج الى الدراسة الطبية وأن بوسع غير الأطباء أن يمرنوا عليه وأن يزاولوه ولا نظن أننا بحاجة الى اضافة حجج أو أمثلة أكثر من تلك التى ساقها فرويد نفسه للتدليل على هذا الرأى (١) .

على أننا نريد أن ننظر الى الموضوع من زاوية أخرى نعبّر عنها فى صيغة سؤال جديد ، والسؤال هو : من منا يقصد طبيبا واحدا ليعالجه من الزوائد الانفية وليعالج أسنانه وقلبه ومرضه الجلدى ورمده الحبيبي فى وقت واحد ؟! ان هذا لا يحدث اطلاقا فى عصرنا المتحضر حتى فى نواح متقاربة مترابطة من فرع واحد كبير من فروع المعرفة الانسانية هو الطب البشرى فالتخصص هو سيماء الحياة المتحضرة وغاية العلم . ولا يمنع هذا التخصص - بل انه ليقضى - أن يطلب الممارس العام مثلا رأى طبيب الاسنان فى التأثير المحتمل

(١) يمكن لمن يريد أن يطلع على رأى فرويد وحججه فى ذلك باللغة العربية ، أن يقرأها فى كتاب : محمد فتحي ، مشكلة التحليل النفسى فى مصر .

الفصل ، لتخريج هؤلاء الفنيين المختلفين ٠٠ ياتحق به ذوو الخلفيات
الدراسية النفسية أو الاجتماعية أو الطبية ، ويتخصص كل منهم فيما
يستطيع التخصص فيه ٠٠ ولندع الى « تفتح جميع الأزهار » كما يقول المثل
الصيني ، في خدمة وعلاج وتأهيل وتقويم شخصية المرضى النفسيين أو
المضطربين انفعاليا !

الفصل الثالث

خدمات الارشاد النفسى

الارشاد النفسى (١) هو نوع من أنواع الخدمات النفسية . والخدمات الارشادية هي خدمات توجه الى أشخاص من غير المرضى ، فهم أسوياء بمقدار ولكنهم يعانون من مشكلات انفعالية عجزوا عن التغلب عليها بمفردهم .

ويهتم الارشاد النفسى بالفرد أكثر من اهتمامه بالمشكلة ، حيث يسعى الى تهيئة هذا الفرد لحل مشكلته الراهنة وكذلك لحل المشكلات الشبيهة التى يمكن أن تواجهه فى المستقبل - « وذلك نتيجة للنمو الذى يحدث له خلال عملية الاستشارة وما يتضمنه هذا النمو من تعديل فى اتجاهاته وقيمه واستبصاره (٢) » .

والارشاد النفسى هو شئ أعلى درجة من التوجيه (٣) ، الذى يقتصر مفهومه عادة على التوجيه التربوى والتوجيه المهنى والذى يرمى الى مساعدة فرد من الأفراد على الاتجاه الى نوع الدراسة أو المهنة التى يستطيع أن يحرز فيها نجاحا (تؤهله له استعداداته وميوله وطبيعته شخصيته) أو الى مساعدته على التغلب على مشكلة محددة فى مجال الدراسة أو المهنة (٤) .

وفى العادة فإن الجهات التى تقوم بالخدمات الارشادية تقوم أيضا بالخدمات التوجيهية ، وقد يتطرق عملها فى جانب منه الى الخدمات العلاجية كذلك .

(١) Counseling

(٢) عطية محمود هنا ، التوجيه التربوى والمهنى ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ١٩٥٩ ، ص ١٧ .

(٣) Guidance

(٤) عطية محمود هنا ، المرجع السابق .

ومن أهم الجهات التي تقدم هذه الخدمات للطلاب في الجمهورية العربية المتحدة جهتان رئيسيتان :

(أ) عيادات الارشاد النفسى الملحقه ببعض الكليات الجامعية .

(ب) مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية فى المديريات التعليمية .

أولا : عيادات الارشاد النفسى

هناك فى الوقت الحالى ثلاث عيادات نفسية للخدمات الارشادية والتوجيهية للطلبة والطالبات ملحقه بثلاث كليات جامعية ، هى كليات التربية والآداب والبنات من كليات جامعة عين شمس . والغريب أن هذه العيادات تتركز فى القاهرة بل فى جامعة واحدة من جامعاتنا ! !

وتخدم هذه العيادات بالدرجة الأولى حالات عدم التوافق الانفعالى والاجتماعى وحالات عدم التوافق المدرسى لدى الطلاب والطالبات ، كما تقبل أيضا حالات العصاب وتقدم لها الخدمات العلاجية المناسبة ولكنها لا تقبل حالات المرض العقلى من أى نوع .

وسنعرض فيما يلى صورة لاحدى هذه العيادات وهى العيادة النفسية بكلية التربية ، باعتبارها أول وأقدم عيادة من نوعها فى الجمهورية العربية المتحدة بل فى العالم العربى كله ، وباعتبار أن صورة العمل بهذه العيادة تصلح فى رأينا لأن تكون نموذجا للعيادات الشبيهة ولمراكز الخدمة الارشادية العلاجية التى قد يفكر فى انشائها فى المستقبل . ومن جهة أخرى فان خبرة المؤلف بهذه العيادة (التى عمل فيها منذ عام ١٩٥٢ حتى اليوم) -تتيح له التحدث عنها بدرجة كبيرة من الثقة .

العيادة النفسية بكلية التربية :

أنشأ هذه العيادة في عام ١٩٣٤ الأستاذ الدكتور عبد العزيز القوصي (١) عندما كان أستاذا لعلم النفس في « معهد التربية العالي للمعلمين بالقاهرة » ، الذي أصبح فيما بعد « كلية التربية بجامعة عين شمس » ، وعاونه في العمل بالعيادة عند تأسيسها كل من المرحوم الدكتور حسن عمر أستاذ الصحة المدرسية بمعهد التربية اذ ذاك ، والطبيب النفسي الدكتور عبد العزيز سامي ، والهيئمة زاهية مرزوق بوصفها بذلك الوقت زائرة اجتماعية (٢) .

وكان الهدف من انشاء هذه العيادة في أول الأمر علاج وتوجيه حالات التلاميذ المشكلين من تلاميذ المدرسة التجريبية الملحقة بمعهد التربية . ومع نمو العيادة واتساع العمل بها ، أصبحت تقبل حالات التلاميذ والطلاب من سائر المدارس والمعاهد العليا في جميع مراحل التعليم .

وقد بنت العيادة خطة العمل بها منذ نشأتها على أساس تضافر الجهود النفسية والطبية والاجتماعية في العلاج . ولازالت هذه خطتها حتى اليوم حيث يشترك فريق من الأخصائيين في تقديم الخدمات للحالات المختلفة ويجتمع هذا الفريق في جلسة عامة كل أسبوع لمناقشة الحالات وتكوين رأى نهائي في التشخيص وخطة العلاج .

(١) يعمل الدكتور القوصي حاليا مديرا للمركز الاقليمي لتدريب كبار موظفي التربية والتعليم ، التابع لليونسكو ببيروت . وقد تقلد قبل ذلك عدة مناصب هامة في الدولة ، فكان عميدا لكلية التربية بجامعة عين شمس ، ثم مستشارا فنيا لوزارة التربية والتعليم ، ثم ممثلا رسميا للجمهورية العربية المتحدة لدى اليونسكو .

وهو صاحب مرجعين كبيرين من أول وأهم المراجع العربية في علم النفس والصحة النفسية هما « أسس الصحة النفسية » و « علم النفس تطبيقاته وأمنسه التربوية » ، وهو عضو معروف في كثير من الهيئات وجمعيات علم النفس الدولية .

(٢) هذه البيانات مستقاة من الدكتور القوصي شفاهيا .

ويتألف فريق العيادة من المعالجين والمرشدين النفسيين من أعضاء هيئة التدريس بقسم الصحة النفسية بالكلية ، ومن أخصائيي القياس النفسى وهم أيضا من بين أعضاء هيئة تدريس القسم ومعيديه المدرسين ، ومن متخصصة فى التحليل النفسى ، وطبيب نفسى ، وأخصائيات وأخصائيين اجتماعيين للمقابلة المبدئية والبحث الاجتماعى للحالات .

وتقبل العيادة التلاميذ والطلاب من كل سن ومرحلة دراسية ، كما تقبل أيضا حالات المدرسين والمدرسات ايمانا منها بضرورة الاهتمام بصحتهم النفسية باعتبارهم قادة الجيل ذوى التأثير الخطير على الصحة النفسية لطلابهم .

والعلاج بالعيادة مجانى فى جميع الأحوال . وتحول الحالات اليها اما عن طريق المدارس والكليات أو مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية ومكاتب الأحداث أو من أولياء أمور التلاميذ والطلاب أو من أصحاب الحالات أنفسهم .

ومن الحالات التى تهتم بها العيادة بصفة خاصة حالات القلق المرضى بين الشباب والمراهقين ، وحالات التخلف الدراسى ، وغيوب النطق واضطرابات الكلام ، وحالات التبول اللا ارادى ، والانحرافات الجنسية ، والمشكلات التوافقية على اختلاف درجاتها . وتستخدم العيادة عديدا من وسائل العلاج النفسى فى العمل مع هذه الحالات - من بينها التحليل النفسى ، والعلاج الجمعى ، والعلاج غير الموجه ، والعلاج عن طريق اللعب ، والعلاج المساند ، والتوجيه والارشاد النفسى .

ولا تقصر عيادة كلية التربية اهتمامها على التوجيه والعلاج ولكنها توجه جانباً من هذا الاهتمام الى تدريب بعض طلاب الدراسات العليا بالكلية ومن الإخصائيين الاجتماعيين على المعاونة فى أعمال العيادات النفسية ، كما تهتم بإجراء البحوث التجريبية فى وسائل العلاج المختلفة ، وكذلك بتمصير اختبارات الذكاء واختبارات الشخصية وتقنينها بحيث تلائم البيئة المصرية .

الاختبارات النفسية المستخدمة في التشخيص :

لقد كان أحد الاهتمامات الرئيسية لعيادة كلية التربية منذ نشأتها ، العمل على ايجاد ونشر الاختبارات السيكولوجية الملائمة للتطبيق في البيئة المصرية . ولقد أسهمت العيادة في بداية تكوينها مع أساتذة « معهد التربية » في حركة ادخال مقاييس الذكاء والاختبارات الموضوعية الى مصر (١) . وكان من بين الاختبارات والمقاييس المتقدمة التي ظهرت في الثلاثينات ما يلي :

- مقياس « استنفرد - بينيه » للذكاء - اعداد وتصنيف اسماعيل القباني .

- اختبار الذكاء الابتدائي (جمعى) تأليف اسماعيل القباني .

- اختبار الذكاء الثانوى (جمعى) تأليف اسماعيل القباني .

- اختبار الذكاء المتوسط (جمعى) تأليف اسماعيل القباني وعبد العزيز القوصى .

- اختبار رسم الرجل (عملى) - وقد قننه مشيل اسكندر (٢) باشراف عبد العزيز القوصى على ألفى حالة مصرية .

(١) يعتبر المرحوم الأستاذ اسماعيل القباني رائد حركة ادخال مقاييس الذكاء الى مصر ، التي كان اهتمامه بها جزءا من جهوده في سبيل نشر رسالة « التربية الحديثة » في مصر . وقد شغل القباني منصب عميد معهد التربية العالى للمعلمين بالقاهرة ، ثم عين مستشارا فنيا لوزارة التربية والتعليم فوزيرا لها .

(٢) انظر « رسائل معهد التربية الابتدائي عام ١٩٣٥ » ، في مكتبة كلية التربية بجامعة عين شمس (غير منشورة) .

وقد أعاد الأستاذ الدكتور مصطفى فهمى تقنين هذا الاختبار على عينة جديدة في الريف المصرى في عام ١٩٥٢ .

هذا غير عدد من الاختبارات الموضوعية في « التفكير الحسابي » و « العمليات الحسابية » و « معانى الكلمات الانجليزية » وهى الاختبارات التى أعدها للاستعمال فى المدارس المصرية اسماعيل القبانى ومحمد عبد السلام أحمد .

وقد ظل الاهتمام بتعريب وتقنين وتأليف الاختبارات السيكولوجية الى اليوم واحدا من الاهتمامات الأساسية للعيادة النفسية بكلية التربية ، ولقسمى الصحة النفسية وعلم النفس التعليمى بهذه الكلية . وشارك فى هذا المجال كذلك بعض أقسام الدراسات النفسية بكليات الآداب ، مما كان له أثره فى توافر عدد كبير من الاختبارات السيكولوجية باللغة العربية فى الوقت الحاضر .

ولدى العيادة النفسية بكلية التربية - حاليا - الى جانب الاختبارات الأجنبية المعروفة من اسقاطية وعملية وغيرها - الاختبارات الآتية باللغة العربية :

١ - اختبارات الذكاء الجمعية :

(أ) اختبار الذكاء غير اللفظى لتلاميذ المرحلة الابتدائية - عطية محمودها .

(ب) اختبار المقدرة العقلية العامة - عطية محمودها .

(ج) اختبار الذكاء المصور - أحمد زكى صالح .

(د) اختبار القدرات العقلية الأولية - أحمد زكى صالح .

(هـ) اختبار الذكاء العام والقدرة على حل المشكلات - مصطفى فهمى وعماد الدين اسماعيل .

(و) اختبار الذكاء العقلى للمرحلة الثانوية والجامعات - رمزية الغريب .

(ز) اختبار الذكاء الاعدادي - السيد محمد خيرى •

(ح) اختبار الذكاء العالى - السيد محمد خيرى •

٢ - اختبارات الذكاء الفردية :

(أ) اختبار ستانفورد - بينيه (لترمان) - لويس كامل ومحمد عبد السلام أحمد •

(ب) مقياس وكسلر لذكاء الأطفال - عماد الدين اسماعيل ولويس كامل •

(ج) مقياس وكسلر لذكاء الراشدين والمراهقين - عماد الدين اسماعيل ولويس كامل •

٣ - اختبارات الاستعدادات الخاصة :

(أ) اختبار الاستعداد - مصطفى فهمى •

(ب) مقياس الذكاء الاجتماعى - عماد الدين اسماعيل وسيد عبد الحميد مرسى •

(ج) مجموعة اختبارات القدرة الفنية - عماد الدين اسماعيل •

(د) اختبارات القدرة الكتابية - محمد عبد السلام أحمد •

(هـ) تصور البعد الثالث - محمد عبد السلام أحمد •

(و) المعالجة الذهنية للصور - محمد عبد السلام أحمد •

(ز) مجموعة اختبارات المهن الكتابية - عماد الدين اسماعيل وسيد عبد الحميد مرسى •

(ح) اختبار سرس الليان فى القراءة الصامتة - محمود رشدى خاطر •

(ط) اختبار الاتجاه العلمى - محمود عوف •

٤ - اختبارات القدرة الابتاعية :

اختبار القدرة على التفكير الابتكارى - عبد السلام عبد الغفار •

٥ - اختبارات الميول المهنية :

- (أ) اختبار الميول المهنية (لكودر) - أحمد زكى صالح .
- (ب) اختبار الميول المهنية (لسترونج) - عطية محمودها .
- (ج) اختبار الميول المهنية واللامهنية - عبد السلام عبد الغفار .

٦ - اختبارات القيم :

- اختبار القيم - عطية محمودها .

٧ - اختبارات الشخصية :

- (أ) اختبار الشخصية للأطفال - عطية محمودها .
- (ب) اختبار الشخصية للمرحلة الاعدادية والثانوية - عطية محمودها .
- (ج) اختبار الشخصية للمرحلة الابتدائية - سيد غنيم وعبد السلام عبد الغفار .
- (د) اختبار الشخصية للمرحلة الاعدادية والثانوية - سيد غنيم وعبد السلام عبد الغفار .
- (هـ) اختبار الشخصية للكبار والراشدين - عطية هنا وسيد غنيم وعبد السلام عبد الغفار .
- (و) اختبار الشخصية المتعدد الأوجه - عطية محمودها وعماد الدين اسماعيل ولويس كامل .
- (ز) اختبار الشخصية - أحمد زكى صالح .
- (ح) اختبار الصفات الانفعالية - أحمد زكى صالح .
- (ط) حدد مشكلتك بنفسك - مصطفى فهمى وصموئيل مغاريوس .
- (ي) اختبار ساكس لتكملة الجمل (اسقاطى) - أحمد عبد العزيز سلامه .
- (ك) بطاقة بلاك لتحليل الاستجابات لاختبار تفهم الموضوع - أحمد عبد العزيز سلامه .

(ل) بطاقة تقييم الشخصية - عماد الدين اسماعيل وسيد عبد الحميد
مرسى .

(م) مقياس الارشاد النفسى - عماد الدين اسماعيل وسيد عبد الحميد
مرسى .

(ن) مقياس الصحة النفسية - عماد الدين اسماعيل وسيد عبد الحميد
مرسى .

(س) كراسة ملاحظة لتقدير سمات الشخصية - عماد الدين اسماعيل
وعطية هنا .

(ع) مقياس التفضيل الشخصى - جابر عبد الحميد .

(ف) اختبار الشخصية السوية - سيد غنيم .

(ص) اختبار الشخصية - عثمان نجاتي .

(ق) اختبار التوافق - عثمان نجاتي .

وعلى الرغم من هذا العدد الكبير من الاختبارات النفسية باللغة العربية ،
فان الجانب الأكبر من الاختبارات لا يزال غير مقنن بالنسبة للبيئة المصرية ،
ولا زالت الحاجة ماسة الى وجود بطاريات ، كاملة من اختبارات الذكاء التى
يمكن الوثوق بها وثوقا تاما ، كما لا تزال هناك حاجة الى ايجاد اختبارات ذكاء
تلائم البيئة الريفية والأفراد الأميين والفئات الخاصة . وفى خطة العيادة
للأعوام المقبلة أن تبذل مجهودات فى سبيل انجاز هذه المشروعات وغيرها .

مقترحات بصدد الارشاد النفسى فى الجامعات :

ان العمل الذى تقوم به عيادات الارشاد النفسى الثلاث بجامعة عين شمس
هو لاشك عمل هام ، الا أنه من غير المعقول أن تكون هناك مصلحة عامة فى
بقاء ثلاث عيادات فى وقت واحد فى جامعة واحدة مع حرمان باقى الجامعات
وباقى محافظات الجمهورية من خدمات مماثلة !

والرأى عندنا أن تكتل الجهود التي تقوم بها هذه العيادات الثلاث بشجميعها في مركز واحد للخدمات الارشادية والعلاجية بالجامعة ، على أن يؤسسن مثل هذا المركز في كل جامعة من جامعات الجمهورية .

ويمكن أن تتعدد الخدمات التي يقدمها مثل هذا المركز وأن يختص بكل فرع من فروع الخدمة فيه مجموعة من الخبراء ونقترح أن يضم المركز فرعاً للخدمات الارشادية والتوجيهية لطلاب الجامعة بكلياتها المختلفة ، وفرعاً آخر يتجه بخدماته الى طلاب مرحلة التعليم العام ، وفرعاً ثالثاً يركز على علاج الأمراض النفسية ولا مانع من اضافة فروع أخرى بحسب الحاجة ووجود التخصصات المطلوبة . ومن الفروع التي يمكن اضافتها فرع تخصصي في علاج أمراض الكلام وفرع للعلاج عن طريق اللعب للأطفال .

ولا يتعارض وجود هذا المركز المقترح مع قيام بعض الخدمات التوجيهية المحدودة للطلاب داخل الكليات ، في صورة نظام الريادة أو غيره من نظم رعاية الطلاب على أن تحول الحالات التي تستعصى على رواد كلية الى المركز العام بالجامعة .

ولا حاجة بنا الى تأكيد حاجة طلاب الجامعات بالذات الى الخدمات التي يمكن أن يؤديها مثل المركز العلاجي الارشادي المقترح في سبيل حل مشكلاتهم التوافقية داخل الجامعة وخارجها . ولا حاجة بنا أيضا الى القول بأن قيام هذا المركز هو اسهام حقيقى في دعم الصحة النفسية للطليعة القيادية من شباب الجيل الصاعد . وفي الواقع أن ما ننادى به هنا هو ما يجرى عليه العمل منذ سنوات عديدة في كثير من الجامعات في الخارج .

ثانيا : مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية

أنشئ أول مكتب للخدمة الاجتماعية المدرسية في ج . ع . م . بمدينة القاهرة في ديسمبر عام ١٩٥٤ ، وفي العام التالي أنشئ مكتب ثان بمدينة الاسكندرية

ثم أنشئت فى عام ١٩٥٨ ثلاثة مكاتب بباقي مناطق القاهرة التعليمية ومكتب بمنطقة الجيزة التعليمية ٠٠ وبعد ذلك توالى انشاء المكاتب فى المناطق التعليمية الأخرى الى أن أصبح هناك اليوم مكتب للخدمة الاجتماعية المدرسية فى كل منطقة تعليمية تقريبا .

وتتبع هذه المكاتب من الناحية الادارية وزارة التربية والتعليم وتتلخص أهدافها فيما يلى (١) :

١ - مساعدة الطلاب على حل مشكلاتهم الاجتماعية والاقتصادية والمدرسية والنفسية بمعاونتهم على تفهمها وتعرف أسبابها ودوافعها ، والعمل على تكييفهم مع الجو المدرسى والبيئة التى يعيشون فيها ، وتهيئة المدرسة والأسرة لتقبلهم ومساعدتهم .

٢ - التعاون مع المؤسسات الاجتماعية والعيادات النفسية من حكومية وأهلية فى الحالات التى تحتاج الى رعايتها .

٣ - القيام بأبحاث تصلح أساسا لفروض محتملة للتعرف على أسباب بعض مشكلات طلاب المدارس ، وتقديم اقتراحات تساعد على مواجهة هذه المشكلات العامة .

٤ - إثارة الوعى وتنبيه الرأى العام الى المزيد من العناية بمشكلات الشباب ، وتنظيم اجتماعات وندوات توجيهية للآباء والمعلمين لتبصيرهم بدورهم وواجباتهم نحو هذه المشكلات .

٥ - المطالبة بتقديم خدمات جديدة غير متوفرة فى المجتمع لخدمة الطلاب، والقيام بالتجارب فى هذا السبيل تمهيدا لتعميمها - وذلك مثل المعسكرات الحديثة وفصول المذاكرة والرحلات الموجهة .

(١) « بحوث ودراسات فى الخدمة الاجتماعية المدرسية » ، ادارة وعاية الشباب بنين - التربية الاجتماعية ، القاهرة ١٩٦١ .

نظام العمل بمكاتب الخدمة :

أما عن نظام العمل بالمكاتب ، فإن الحالات تحول إليها من المدارس عن طريق ناظر المدرسة أو الأخصائي الاجتماعي بها أو أحد أعضاء هيئة التدريس أو الطالب نفسه أو ولى أمره ، وقد تكون محولة من إحدى الهيئات الخارجية والمؤسسات الاجتماعية ... وتفتح المكاتب بعد انتهاء اليوم الدراسى لمقابلة الطلاب وأولياء أمورهم . ويقوم الأخصائيات والأخصائيون الاجتماعيون بزيارة المنازل أحيانا اذا تعذر حضور ولى الأمر للمكتب وبعد موافقة سابقة على هذه الزيارة .

ويعمل بمكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية أخصائيات وأخصائيون اجتماعيون منتقون انتقاء خاصا .

ويستعين المكتب كذلك بطبيب نفسى أو بأخصائى فى العلاج النفسى لبعض الوقت . . هذا وقد جرت عادة المكاتب على تحويل الحالات الذهانية وكذلك حالات العصاب التى تقتضى علاجاً طويلاً لا يتسع له وقت المعالج النفسى المتردد ، الى عيادة الصحة المدرسية والعيادات النفسية الأخرى . وبصورة عامة ، فإن مكاتب الخدمة تتناول من الحالات النفسية ما يبرز فيه الجانب البيئى أو الاجتماعى وتتخاشى تلك الحالات التى تقوم على صراعات داخلية والتى تدخل فى نطاق العيادات النفسية .

ملاحظات على عمل مكاتب الخدمة :

ولنا بعض الملاحظات على الجهود والخدمات الارشادية التى تقوم بها مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية . . . وهذه الملاحظات نتقدم بها نتيجة خبرة عملية بهذه المكاتب ، حيث كان لنا شرف العمل - خيراً للعلاج النفسى - بأربعة منها فى غضون سبع سنوات :

١ - ان ضغط الحالات ببعض المكاتب يحتاج فى الواقع الى وجود المعالج النفسى فيها طول الوقت ، ولا يكفي لذلك ندب أحد المعالجين يوماً واحداً

من أيام الأسبوع ٠ ونظرا لتعذر هذا الأمر في الوقت الحاضر ، فإننا نقترح أن تزداد ساعات عمل المعالج النفسي المنتدب بحسب حالات المكتب وظروفه الخاصة ، كما نقترح الافادة من وسائل « العلاج الجمعى » و « التوجيه الجمعى » فى هذه المكاتب كلما أمكن ٠

٢ - ينبغى أن تعد لبعض الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات فى هذه المكاتب دراسات خاصة فى « الارشاد النفسى » بكلية التربية أو بأحد أقسام الدراسات النفسية فى الجامعة ٠ وحذا لو أمكن تنفيذ الاقتراح الذى سبق ايراده فى مجال آخر بإنشاء دراسة عليا للخدمة الاجتماعية النفسية ، يكون مكانها المعهد العالى للخدمة الاجتماعية أو أحد أقسام الدراسات النفسية أو الاجتماعية بالجامعات ، لتخريج بعض أنواع العاملين فى هذه المكاتب وفى المجالات الأخرى المشابهة ٠

٣ - اننا نشعر أن وجود هذه المكاتب وانتشارها فى كل المحافظات والمناطق التعليمية تقريبا ، يخلق فرصة ذهبية لا تعوض يجدر بالمخططين للصحة النفسية الافادة منها واستغلالها أحسن استغلال ، وخاصة مع عدم توافر العيادات النفسية الطلابية بالقدر الكافى وعدم وجودها على الاطلاق فى بعض المحافظات ٠ فهنا موقع من مواقع الصحة النفسية يصلح كنقطة انطلاق لخدمات علاجية ووقائية وانشائية على أوسع نطاق موجهة الى المجتمع الطلابى المحيط ٠٠ ومن الواجب أن تدعم هذه المكاتب بكل الامكانيات والخبرات اللازمة وأن تتعاون فى ذلك وزارات التربية والصحة والشئون الاجتماعية والشباب !

٤ - و من جهة أخرى فان هذه المكاتب يمكن أن تصبح أكثر فائدة ، اذا اتجهت بجهودها بالدرجة الأولى الى خدمة المجتمع المدرسى نفسه والى دراسة المشكلات العامة للطلاب فى مدارس البيئة لمحاولة مواجهتها بالحلول المناسبة ٠

ان الخدمات الوقائية والانشائية التى تستطيع هذه المكاتب أن تقوم بها فى البيئة المحلية هى فى رأينا أولى وأجدر من أية خدمات علاجية فى تدعيم (مشكلات الصحة النفسية - ٥)

الصحة النفسية في المجالات الطلابية ٠٠٠ وبعض المكاتب قد أدركت ذلك فعلا ووجهت جانبا كبيرا من جهودها الى المعسكرات الطلابية. والى الندوات المخصصة للطلبة أو لأولياء أمورهم في مدارس المنطقة والى تعزيز العلاقات بين البيت والمدرسة الى غير ذلك (١) ٠٠

٥ - ونحب أن نضيف الى مهام مكاتب الخدمة ، مهمة الاسهام في التوجيه التربوي والمهني لطلاب المدارس ، وتعريفهم بأنواع الدراسات والمهن التي يمكن أن يتجهوا اليها في البيئة المحلية ومتطلبات كل منها ، ومساعدتهم عن طريق دراسة التقارير المدرسية المختلفة وعن طريق الاختبارات السيكولوجية - على اختيار المستقبل الأنسب لهم دراسيا ومهنيا .

كما يمكن أن نضيف مهمة أخرى لمكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية ، وهي الاسهام في دراسة الصعوبات التي تواجه المراهقين والمراهقات في البيئة المحلية والبحث عن الحلول المناسبة لمواجهة مشكلات وقت الفراغ والمشكلات الأخرى التي يعاني منها المراهقون والمراهقات من طلاب المدارس .

ان الخدمة الاجتماعية المدرسية كما نراها هي خدمة انشائية ووقائية بالدرجة الأولى ، وهي خدمة ارشادية بعد ذلك ، ثم خدمة علاجية اذا توافرت الامكانيات لها ٠٠ ولاخرج على بعض المكاتب اذا لم تتوافر لها امكانيات الخدمات العلاجية ، فحسبها أنها تقتلع بعض جذور الاضطرابات السلوكية في المجتمع فتحد من انتشار هذه الاضطرابات ٠٠ ولها أن تعد نفسها في الطبيعة من النجاح والانجازات لو أنها تخطط الوقاية الى البناء والانشاء وتكوين الشخصيات الطلابية الناضجة المتفتحة الى خدمة المجتمع .

(١) أصدرت المكاتب كثيرا من الكتيبات النافعة التي تخاطب الطلاب أو الآباء - من بينها : ماذا بعد المدرسة الثانوية ، التأخر الدراسي ودورنا فيه ، كيف تستذكر دروسك ، ندوات حول مشكلات الشباب ، لماذا يكذب الطفل ، لماذا يسرق الطفل ، كيف تعامل ابنك المراهق ، هل نعاقب أبناءنا ، الريادة بين البيت والمدرسة ، التوجيه المهني للفتيان ، كيف تشغل وقت الفراغ .

الارشاد النفسى بالمدارس

ان قيام مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية وانتشارها فى محافظات الجمهورية يعد - كما سبق القول - اسهاما كبيرا فى تزويد المجتمع الطلابى بخدمات الرعاية النفسية الا أن مكتب الخدمة مهما بلغت امكانياته البشرية والمادية لا يستطيع أن يتغلغل الى كل مدرسة من مدارس المحافظة أو المديرية التعليمية ما لم يكن هناك بكل مدرسة خبير فنى يتصدى لرسالة الارشاد النفسى بالمدرسة ويقوم فى الوقت نفسه بدور وسيط الاتصال بين المدرسة ومكتب الخدمة . وفى الوقت الحالى تعتمد مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية على الأخصائى الاجتماعى فى هذه المهمة وتعتبره مندوبها غير الرسمى لتحويل الحالات الطلابية الى المكتب وكذلك لتوصيل خدمات المكتب الى المدرسة .

والواقع أن الأخصائى الاجتماعى فضلا عن أنه لم يعد مهمة الارشاد النفسى المدرسى ، يضطلع عادة بواجبات ومستوليات ترحمه وينوء بها كاهله - بعضها يدخل فى مهام عمله وتخصصه وبعضها الآخر يوكل اليه خطأ نتيجة اساءة فهم الوظيفة الحقيقية للأخصائى الاجتماعى فى المدرسة ! اما مهمة الارشاد النفسى فهي مهمة تخصصية ينبغى أن يعهد بها الى أحد المتخصصين فيها ، ويعتبر ذلك أحد المستلزمات الهامة لنجاح خطة الارشاد النفسى فى المدرسة .

وليس فى اقتراح تخصيص مرشد نفسى بالمدرسة غرابة ما - سوى جانب الجودة أو عدم الألفة به - ففى كل مدرسة أخصائى رياضى أو أكثر للعناية بشئون التربية الرياضية للطلاب ، وفى كل مدرسة أخصائى اجتماعى للقيام بالبحث الاجتماعى الفردى أو الجمعى ولاعداد برامج الخدمة الاجتماعية بالمدرسة . ولا يقل أمر الارشاد النفسى للطلاب أهمية عن العناية بنموهم فى النواحي الرياضية أو الاجتماعية أو الترويحية ، بل ان العناية بهذه النواحي هى فى حقيقة الأمر جزء متمم لخطة الارشاد النفسى بالمدرسة . . والأخصائى الرياضى والأخصائى الاجتماعى والمدرسين بالمدرسة هم أعوان المرشد النفسى فى تحقيق صحة نفسية سليمة لطلاب المدرسة وفى تكوين شخصية الطلاب واثابة الفرص لهم للنمو الى أقصى حد ممكن ! .

وليس ما نتقدم به من توصية بهذا الشأن أمراً جديداً ، فلقد سبق أن تقدمت « الادارة العامة للتخطيط للتعليم الاعدادي والثانوي » بوزارة التربية والتعليم (المركزية) في عام ١٩٦٠ بمشروع باقتراح « انشاء وحدات لخدمات التوجيه والارشاد النفسى فى المدارس » (١) اقترحت فيه تخصيص مرشد نفسى لكل ٣٠٠ من الطلاب وحددت بذلك احتياجات المشروع بخمسمائة من المرشدين النفسيين حتى يمكن تغطية على المدارس الثانوية العامة والفنية فى الجمهورية . وكان مقرر اللجنة التى تدارست هذا المشروع ووضعت فى صيغته النهائية الأستاذ محمد سليمان شعلان الوكيل الحالى لوزارة التربية والتعليم .

أما مواصفات مهنة المرشد النفسى بالمدرسة واختصاصاته ، فقد حددت فى المشروع على الوجه الآتى :

أ - الاشتراك فى وضع نظام قبول الطلبة بالمدرسة أو الاسهام فى تنفيذ النظام الموضوع على أسس تربوية .

ب - الاشتراك فى توزيع الطلبة على الفصول والشعب عند قبولهم وكذلك الاشتراك فى توجيههم الى أنواع الدراسات التى تتلاءم واستعداداتهم .

ج - الاشتراك فى توزيع الطلبة على أوجه النشاط المختلفة بما يتفق وحاجاتهم النفسية .

د - القيام بعمليات المسح السيكولوجى والاجتماعى لمجموعة من الطلبة حتى تتحدد أمام المرشد النفسى المشكلات العامة والفردية فى المدرسة ، ثم

(١) أعد هذا المشروع مكتب خبير الاعداد والتدريب بناء على اقتراح السيد/ مدير عام تخطيط التعليم الاعدادي والثانوي ، ثم تولى فى لجنة مشتركة من المعنيين بكليتى التربية والبنات بجامعة عين شمس والوزارات « التنفيذية » و « المركزية »

المسح الخاص بتغيب الطلبة وأسبابه وظروفه ، وكذلك المسح الخاص بالتخلف الدراسي وأسبابه الخ .

هـ - مقابلة الطلاب الذين تواجههم مشكلات مختلفة يقصد مساعدتهم على حلها أو إحالتهم إلى الأخصائيين .

و - تنظيم ندوات مع الآباء وأولياء الأمور للتعرف على مشكلات الطلاب وظروفهم العائلية والتعاون معهم على حل هذه المشكلات .

ز - تنظيم اجتماعات مع مدرسي الفصول تحت إشراف ناظر المدرسة للتشاور في مشكلات الطلبة وطرق علاجها .

ح - مساعدة الطلاب في اختيار الدراسات العليا والمهن والأعمال التي تناسب ميولهم واستعداداتهم وتقديم التوجيه اللازم لأولياء أمورهم في هذا الصدد . ويترتب على هذا ضرورة الاتصال المستمر بين المرشد النفسي والمؤسسات العامة والوزارات وميادين الأعمال الحرة الخ .

واقترح المشروع تشجيعا على الاقبال على هذه المهنة الجديدة ما يلي :

أ - ان تتعادل وظيفة المرشد النفسي مع وظيفة المدرس الأول بالمدرسة الثانوية .

ب - أن يرقى المرشد النفسي الى وظيفة وكيل مدرسة لشتون الارشاد النفسي ، اذا ما توافر له شرطا الاقدمية والكفاية .

وفي الوقت الذي ظهر فيه هذا المشروع كان هناك ٧٥ طالبا ممن أوفدتهم وزارة التربية والتعليم في بعثة داخلية بكلية التربية للتخصص في الارشاد النفسي ، قد أتموا دراستهم وتخرجوا في عام ١٩٥٩ . وكان الطلاب يختارون

لهذه الدراسة من بين الحاصلين على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية أو الليسانس في الدراسات النفسية أو الاجتماعية بشرط أن يكونوا قد مارسوا العمل في الميدان التعليمي لمدة كافية وأن تتوافر فيهم استعدادات شخصية معينة تفصح عنها المقابلة الشخصية للطلاب ٠٠ وبلغ عدد المتخرجين في هذه الدراسة نحو من مائتي متخرج على مدى أربع سنوات ، توقفت بعدها هذه البعثة !!!

فأما المشروع نفسه فلم يقتصر له أن يرى النور ، ربما بسبب الصعوبات الإدارية والمالية وربما لأنه كان مشروعاً طموحاً ولأنه حاول أن يعمم الوظيفة الجديدة دون أن تتاح فرصة تجربتها أولاً في مدرسة أو مدرستين لاكتشاف مدى نجاحها وصعوباتها التنفيذية . وأما المرشدون النفسيون الذين تخرجوا في نهاية البعثة الداخلية بكلية التربية فقد حول أغلبهم إلى وظائف الإشراف الفني (التفتيش) بوزارة التربية والتعليم واستوعبت مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية أعدادهم الباقية !

وفي رأينا أن هذا المشروع جدير بأن يعاد البحث فيه وخاصة بعد انتشار مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية في سائر المديرية التعليمية ، مما يجعل عمل المرشد النفسي بالمدرسة جزءاً متمماً لرسالة هذه المكاتب . وحبذا لو بدىء بتجربة في واحدة أو أكثر من مدارس إحدى المديرية التعليمية كخطوة تمهيدية لتحديد احتياجات الطلاب إلى الإرشاد النفسي ، ووسائل مواجهة هذه الاحتياجات ، ونوع الصلة التي ينبغي أن تقوم بين بين عمل المرشد النفسي بالمدرسة وعمل مكتب الخدمة الاجتماعية المدرسية ، ونوع الصلة بين المرشد النفسي وبين المدرسين والأخصائيين الآخرين في المدرسة ، إلى غير ذلك من نواحي تقييم وظيفة الإرشاد النفسي بالمدرسة .

الفصل الرابع

رعاية وتأهيل المعوقين

الطفل المعوق طفل يعاني من قصور واضح في صفة جسمية أو عقلية أو اجتماعية ، يحول بينه وبين الافادة الكاملة من البرامج والخدمات التعليمية التي تقدم لعامة الأطفال ممن هم في مثل سنه ، مما يتطلب أن تقدم لهذا الطفل خدمات معينة (تربوية ونفسية وصحية) تختلف في نوعها عن تلك التي تقدم للطفل العادي .

وفي نطاق هذا التعريف يمكن أن ندرج بين المعوقين صنوفا شتى من القاصرين في صفة من الصفات أو في بعد من أبعاد النمو ، كل منهم يحتاج الى خدمات ورعاية خاصة . . . الا أن العادة جرت عند وضع الخطط لرعاية المعوقين في أغلب بلاد العالم ، أن يقصد بهم بصفة خاصة الفئات الآتية ، وهي الفئات ذات الوزن الاجتماعي الخاص بالنظر الى كبر الاعداد المنتسبة اليها :

- أ - القاصرون عقليا .
- ب - المكفوفون وضعاف البصر .
- ج - الصم وضعاف السمع .
- د - ذوو العاهات البدنية .

وسنتناول فيما يلي كل فئة من الفئات السابقة على حدة ، مع معالجة أوضاع الرعاية والخدمات التي تقدم لأفرادها في الجمهورية العربية المتحدة :

القاصرون عقليا

تطلق التسمية « القاصرون عقليا » (١) أو « المعوقون عقليا » على أولئك الأفراد الذين توقف نموهم العقلي عند مستوى أدنى كثيرا من ذلك الذي يبلغه النمو العقلي لغالبية الناس . فكما يوجد في الناس العمالقة

والإقترام من حيث تموهم في صفة جسمية كالطول ، فكذلك يوجد بينهم
العماقة والإقترام العقليون . والأولون هم العباقرة والأخرون هم القاصرون
عقليا .

وقد اصطلح على اعتبار الطفل من فئة قاصري العقل إذا ابتعد معامل ذكائه
عن معدل الذكاء لساثر الأطفال في المجموعة السكانية بمقدار وحدتين سالتين
من وحدات الانحراف المعياري . ومعنى ذلك أن هؤلاء الأطفال في مجموعهم
يؤلفون نسبة ٢ - ٢.٥٪ تقريبا من مجموع الأطفال ، وهي نسبة يتجمع منها
- على ضآلتها - أعداد ضخمة من الأطفال في أي قطر من الأقطار !!

تشخيص القصور العقلي :

ونظرا للخطورة الواضحة في خلع وصمة القصور العقلي على أحد الأطفال
بطريق الخطأ وما يمكن أن يترتب على ذلك من اجراءات ليس أقلها حرمانه
من التعليم في المدارس العادية وتحويله الى فصول المعوقين عقليا . وبالنظر
كذلك الى الخطورة الواضحة في الوقوع في خطأ مماثل بوصف طفل قاصر
العقل على أنه طفل عادي أو « بطيء التعلم » وتركه بين أطفال المدرسة
الابتدائية العادية ينقل آليا من صف الى صف دون أن يتعلم شيئا ذا قيمة !!

بالنظر الى هذه المخاطر المصيرية المرتبطة بمستقبل الطفل ، وبالنظر أيضا
الى ما يثار من غبار جول اختبارات الذكاء القائمة ومدى قدرتها على تمييز
الطفل القاصر عقليا دون ما خطأ أو شبهة خطأ ، فلا يجوز أن نعول على هذه
الاختبارات - وحدها - في تشخيص القصور العقلي .

ويستلزم الأمر الملاحظة الكلية للطفل ولسلوكه العام في المنزل والمدرسة ،
ومتابعة قدرته على التعلم واكتساب الخبرات ، وقدرته على التعبير عن نفسه،
ومحصولة اللفظي . كما تلزم أيضا ملاحظة النمو الجسمي (١) للطفل ونموه

(١) مع أن المظهر الجسمي لأغلب قاصري العقل لا يختلف كثيرا عن مظهر
الطفل العادي ، إلا أن بينهم - وخاصة في البلهاء والمعتوهين - أنماط =

الحركي ، والتأكد من السنن التي بدأ عندها النطق ، وتاريخه المرضي ، وظهور حالات القصور العقلي في بعض أقاربه (٢) ٠٠ وبالإضافة الى هذا كله ، لابد من ملاحظة نوع علاقات الطفل مع من يحيطون به من صغار وكبار ، وكذلك خصائص الطفل الانفعالية التي من أوضاعها القابلية الشديدة للاستهواء التي يتصف بها القاصرون عقليا والتي تسير منطقيا قصورهم الإدراكي (٣) ؛

ومن أجل ذلك ، فإن السبيل الآمنة للتأكد من الضعف العقلي هي أن يودع الطفل - بعد اجراء الاختبارات العقلية عليه - في احدى دور « التربية الفكرية » لمدة أسبوعين على الأقل ، تجري خلالها ملاحظة الطفل وتسجيل سلوكه في المواقف المختلفة ، بالإضافة الى جمع البيانات الضافية عن الطفل عن طريق سؤال الوالدين والأشخاص الآخرين المتصلين به .

التعرف المبدي على المعوقين عقليا :

ولعل من المشكلات الكبيرة التي تواجه العاملين في ميدان القصور العقلي، التعرف المبكر على الأطفال المعوقين حتى يمكن تحويلهم في الوقت المناسب الى المعاهد والمؤسسات المخصصة لرعايتهم وتأهيلهم . والمشاهد أن كثيرين من هؤلاء الأطفال يظلون في المدرسة الابتدائية العادية - وخصوصا مع نظام النقل الآلي - دون أن يفكر مدرسوهم أو أهلوهم في اتخاذ اجراء بصدد تحويلهم الى تعليم آخر أنفع لهم . وبعد أن يصل الطفل الى الصف الخامس أو السادس

= اكلينيكية معروفة أشهرها حالات المغولية Mongolism والقصاع
Cretinism والاستسقاء الدماغى Hydrocephaly وحالات صغر
الدماغ وكبرها Micro&Macro-cephalus

(٢) ان نسبة كبيرة من حالات القصور العقلي (تصل في رأى بعض العلماء مثل Tredgold الى ٨٠٪) ترجع الى الوراثة .

(٣) تضمن هذه البيانات عادة في استئمارة فحص الأطفال المتقدمين للالتحاق بمعاهد « التربية الفكرية » .

الابتدائي دون أن يكون قد أتم بمبادئ القراءة أو الحساب ، أى بعد أن تكون سنه قد بلغت العاشرة أو أكثر ، حينئذ يسعى ولى الأمر الى إلحاق الطفل بمعهد من معاهد « التربية الفكرية » حيث يتعذر فى الغالب قبول الطفل بالمعهد ! ولو فرضنا أن المعهد تسامح وقبل الطفل فى هذه السن المتأخرة ، فإن إقامته القصيرة بالمعهد لا تسمح فى الواقع باكتسابه للخبرات الكافية المطلوبة !!

ولاشك أن صعوبة التعرف المبكر على القاصرين عقليا ترجع الى حد ما الى عدم توافر الوسيلة العملية التى تتيح للمدرس التعرف المبدئى على هؤلاء التلاميذ . وقد اهتم بهذا الموضوع فى مصر ، أستاذان فاضلان من أعضاء هيئة تدريس قسم الصحة النفسية بكلية التربية بجامعة عين شمس هما الدكتورة هدى براده والدكتور عبد السلام عبد الغفار (١) ، حيث قاما بتصميم وتجربة استثمار خاصة يسهل على مدرس المرحلة الأولى استخدامها ويستطيع عن طريقها أن يتعرف بطريقة مبدئية على من يشك فى أنهم قاصرون عقليا ، ليحولهم بعد ذلك الى الأخصائيين للقيام بعملية التشخيص الدقيق لهم .

وبالنظر الى تعذر اجراء اختبارات الذكاء على جميع تلاميذ المدارس الابتدائية للتعرف على قاصرى العقل منهم ، وبالنظر كذلك الى الخلط أحيانا بين التخلف الدراسى والتخلف العقلى ، فإن هذه الاستثمارات تعتبر وسيلة عملية واقتصادية لاستخراج القاصرين عقليا من التلاميذ . ونرى لذلك من الخير أن ندرج هنا صورة من هذه الاستثمارات التى قام مصمماها بتجربتها على ٢٠٩ طفلا من الأطفال العاديين والمتخلفين عقليا تتراوح أعمارهم بين ٨ ، ١٢ سنة وتوصلا الى أن الطفل الذى يحصل على ١٠ درجات فأكثر على الاستثمار ينبغى أن يحول الى الأخصائيين ليقوموا بتشخيص حالته ، حيث يقوى الشك اذ ذاك فى أنه من القاصرين عقليا .

(١) عبد السلام عبد الغفار وهدى براده ، « التعرف على حالات التخلف العقلى » ، صحيفة التربية ، القاهرة ، مارس ١٩٦٦ ، ص ٥٧ - ٧٤ .

وفيما يلي صورة هذه الاستثمارة :

المجموعة الأولى :

- ١ - انحراف الجمجمة شكلا وحجما .
- ٢ - تشوهات واضحة في شكل الأرجل أو الأيدي أو الآذان أو أي جزء آخر في الجسم .
- ٣ - تعبير الوجه يتميز بالجمود أو أن الوجه غير معبر .
- ٤ - الصوت خشن وعميق .
- ٥ - توجد صعوبات في النطق ، والكلام غير مفهوم أو به بعض الأجزاء التي يصعب فهمها مع تمتع الطفل بقدرة سمعية طيبة .
- ٦ - يبدو مبتسما ولطيفا في جميع الأوقات والمواقف المناسبة وغير المناسبة .
- ٧ - يتميز بسمنة زائدة مع قصر القامة وبروز البطن .

المجموعة الثانية :

- ١ - كثير الحركة لا يستطيع أن يستقر في مقعده كبقية الأطفال .
- ٢ - يحرك يديه دائما ويحرك رأسه ناظرا حوله .
- ٣ - طريقة سيره غير متزنة ، ويلفت النظر .
- ٤ - تسهل استثارته ، وقد يحطم ما تتناوله يده .
- ٥ - قد يعتدى على غيره من الأطفال بالضرب أو العض بدون سبب أو لسبب بسيط .
- ٦ - يندفع الى خارج الفصل بدون استئذان .
- ٧ - هادئ جدا .
- ٨ - منعزل دائما ، ولا يشترك مع غيره من الأطفال في اللعب .

- ٩ - لا يرد عدوان المعتدى ، وقد يبكى .
- ١٠ - يبدو دائما كما لو كان سرحانا .

المجموعة الثالثة :

- ١ - لا يستطيع أن يفهم شرح المدرس بعكس بقية الأطفال .
- ٢ - قد لا يستطيع أن يفهم بعض الأوامر أو التعليمات البسيطة .
- ٣ - لا يستطيع القيام بالعمليات الحسابية البسيطة وقد يستخدم أصابعه في حلها .
- ٤ - لا يستطيع أن يرسم دائرة .
- ٥ - لا يستطيع أن يرسم مربعا .
- ٦ - لا يستطيع أن يرسم ماسة .
- ٧ - ليست لديه قدرة على تركيز الانتباه كغيره من الأطفال .
- ٨ - يبدو أنه سريع الملل .
- ٩ - ذاكرته ضعيفة جدا .
- ١٠ - لا يستطيع إعادة أية مجموعة من الأرقام التالية بعد سماعها مرة واحدة : ٧ - ٩ - ٦ - ٣ ، ٨ - ٥ - ٧ - ٢ ، ٩ - ١ - ٨ - ٤ .
- ١١ - لا يستطيع إعادة أية مجموعة من الأرقام التالية بعد سماعها مرة واحدة : ٥ - ٧ - ٣ - ٦ - ٢ ، ٩ - ٢ - ٤ - ٨ - ٢ ، ٣ - ٦ - ٩ - ١ .
- ١٢ - متأخر في جميع دروسه ولا يرجى له تحسن .
- ١٣ - يبدو كما لو كان مستواه الدراسي أقل من مستوى سنه بثلاث سنوات على الأقل .

رعاية وتأهيل القاصرين عقليا :

ربما يتساءل البعض عن الحكمة من الاهتمام بالقاصرين عقليا من الأطفال...
رغم ما تتكلفه رعايتهم وتعليمهم وتأهيلهم من نفقات غير قليلة في العادة .

والاجابة عن هذا التساؤل ذات شقين :

١ - فهناك أولا الناحية الانسانية وقضية التكافل الاجتماعي التي تقضي بأن يرعى المجتمع كافة أفراده ، فقيرهم مثل غنيهم ، وضعيفهم مثل القوى منهم ، وينسحب هذا القول على المعوقين بشتى صنوفهم وفئاتهم ، وينطبق على المجتمع الاشتراكي أكثر من انطباقه على أى مجتمع آخر ؛

٢ - وهناك مصلحة المجتمع نفسه التي تقتضيه أن يوفر السبل للقاصرين عقليا - وخاصة للقابلين للتعليم منهم - لكي يصبحوا مواطنين نافعين منتجين . . ويمكن أن نضيف الى ذلك أيضا أن رعاية المجتمع لهؤلاء الأطفال هي في نفس الوقت حماية للمجتمع نفسه !! فمن المعروف أن المعوقين عقليا شديدا القابلية للاستهواء وأنه لذلك يمكن التأثير عليهم بسهولة من قبل أية قوة شريرة ترغب في استغلال ضعفهم هذا . . فاذا لم يجدوا الرعاية الكافية ، فقد ينحدرون الى السرقة والهروب والتشرد والاجرام والسلوك المنافي للآداب العامة . ولا يخفى أن كثيرين من أفراد عصابات الغلمان والأحداث الجانحين هم من القاصرين عقليا الذين وقعوا في قبضة واحد من عتاة مدبري الجرائم !

والواقع أن تحديد أنواع الرعاية والخدمات المطلوبة للقاصرين عقليا يحتم أن نبدأ بتقسيمهم الى أقسام ثلاثة تسير طبقة الذكاء التي ينتسبون اليها - وهي الأقسام الآتية :

القسم الأول : القابلون للتعليم : وهؤلاء يمثلون أعلى مستويات للذكاء بين القاصرين عقليا ، وتنحصر نسبة ذكائهم بين ٥٠ ، ٧٠ - ويطلق عليهم أيضا

« ضعاف العقول » (١) و « المورون » (٢) و « المأفونون » • وهم يؤلفون ٧٥٪ من مجموع قاصرى العقل أو ما يعادل ١٥٪ أو أكثر قليلا من مجموع السكان • ولمثل هؤلاء تنشأ عادة المعاهد وفصول التربية الخاصة التى يطلق عليها فى الخارج **Institutes For Re-education** أى

معاهد وفصول التربية المجددة ، ونسُميها فى بلادنا معاهد وفصول « التربية الفكرية » ، وهى تتبع وزارة التربية والتعليم أو تخضع لإشرافها •

القسم الثانى : القابلون للتدريب : وتنحصر نسبة ذكائهم بين ٢٥ ، ٥٠ ويسمون كذلك بالبلهاء (٣) ، وهم يؤلفون ٢٠٪ تقريبا من مجموع قاصرى العقل أو ما يعادل ٤٠٪ من مجموع السكان •

وهؤلاء الأطفال يمكن تهيئتهم - مع الرعاية والتدريب المناسبين - لخدمة أنفسهم ولكسب الرزق مستقبلا عن طريق الاشتغال بحرف بسيطة وأداء الأعمال اليدوية التى لا تتطلب مهارة فنية • وتقوم المؤسسات الخاصة بهم - فى الخارج - بتعليمهم العادات والمهارات التى تفيدهم فى الاستقلال بشئونهم الخاصة وخدمة أنفسهم والعناية بنظافتهم الشخصية والمحافظة على حياتهم ، كما تتولى تلك المؤسسات تدريب الأطفال بحسب أعمارهم على الأعمال اليدوية البسيطة مثل العمل على النول أو بعض أشغال النجارة والخيزران والابرة • ومن الواضح أن هذا التدريب لا يستهدف أعداد « أسطى » وإنما مجرد « صبى صناعة » يتحتم أن يقوم بعمله تحت إشراف وتوجيه من الغير • • ومن ناحية أخرى تستهدف تلك المؤسسات تطبيع الأطفال اجتماعيا ومعاونتهم على الاندماج فى حياة اجتماعية من نوع ما ، كما تعنى كذلك بنموهم البدنى ورعايتهم الصحية واشباع احتياجاتهم الى اللعب والترويح •

Feeble-minded

(١)

Morons

(٢)

Imbeciles

(٣)

ونظرا لأن العمر العقلي للبلهاء لا يتجاوز سبع سنوات في أحسن الأحوال .
مهما امتد عمر الأبله ، فإن حالاتهم لا تعتبر حالات قابلة للتعليم بالمعنى
الأكاديمي . . . ويقتضى الأمر أن يصبح عمر الأبله ١٣ سنة على الأقل ليستطيع
أن يكتب اسمه أو أن يلم بمبادئ القراءة والحساب التي يلم بها الطفل
العادي في السنة الأولى من المدرسة الابتدائية ! ومن أجل ذلك فإن المؤسسات
الخاصة بالبلهاء هي بالدرجة الأولى مؤسسات للتأهيل والتدريب المهني ،
وتتولى أمرها عادة وزارة الشؤون الاجتماعية .

القسم الثالث : حالات الغزل : وتشمل من تقل نسبة ذكائهم عن ٢٥ ،
وهؤلاء هم « المعتوهون » (١) الذين يؤلفون ٥٪ تقريبا من مجموع قاصري
العقل أو ما يعادل ٠.١٪ من مجموع السكان .

وهؤلاء الأطفال يهبط مستواهم العقلي الى درك سحيق ، فلا يستطيعون
حتى قضاء حاجاتهم الضرورية وحماية أنفسهم من الأخطار التي تهدد الحياة !!

ومهما امتد العمر بأحد المعتوهين ، فإن عمره العقلي لن يزيد عن ثلاث
سنوات في أحسن الأحوال ، فلا يفيد معه التدريب على حرفة مهما كانت
بسيطة . وبعضهم يفتقد القدرة على المشي أو مسك الأشياء ، وبعضهم
لا يستخدم من اللغة إلا عددا محدودا جدا من الألفاظ ويتأخر نطقهم الى سن
٥ سنوات أو أكثر ، بل ان بعضهم يقتصر ما يصدر عنه من أصوات على
الصياح والصراخ على طريقة الحيوان الأبكم !!

ولا سبيل مع المعتوهين سوى ايداعهم في ملاجئ أو مؤسسات خاصة
بقصد رعايتهم وخدمتهم بعيدا عن المجتمع . والواقع أن مثل هذه الرعاية -
التي تستمر العمر كله - هي خدمة لأهلهم أكثر مما هي خدمة لهم ، ذلك
أن أسر هؤلاء المعتوهين تعجز عن التعامل مع أوضاعهم الخاصة ، كما أن
وجودهم بين أفراد الأسرة يؤثر تأثيرا سيئا على نفسية اخوتهم وأخواتهم ،
وينشر في الجو الأسري كله الاكتئاب واليأس والروح الانهزامية !

مؤسسات الاعاقة العقلية فى ج . ع . م :

١ - مؤسسات البلهاء والمعتوهين :

ان المؤسسة الوحيدة التى أنشأتها وزارة الشئون الاجتماعية بمحافظة القاهرة فى عام ١٩٦٣ لترعى مائة طفل من « المعتوهين » والمؤسسة الأخرى التى أنشأتها هذه الوزارة بمحافظة الاسكندرية فى نفس السنة لترعى مائة طفل من « البلهاء » . قد آل بهما المصير - مع الأسف - الى أن أصبحتا فى الوقت الراهن مؤسستين أخريين من مؤسسات الوزارة للتأهيل المهنى للمعوقين من فئة « المورون » (١) وان كانت المؤسسة الأخيرة تقبل الى جوارهم عددا من البلهاء كذلك . وبعبارة أخرى لا توجد فى الجمهورية كلها فى الوقت الحاضر أية مؤسسات خاصة لرعاية البلهاء أو المعتوهين !! وهذا الوضع لا يحتاج منا الى تعليق - ويكفى أنه أدى فيما أدى اليه الى انخراط أعداد كبيرة من المعتوهين والبلهاء فى زمرة نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية دون ما تخصيص أو تمييز ، كما أدى الى محاولات مستميتة من جانب آباء البلهاء من الأطفال للاحاق أبنائهم بمعاهد وفصول التربية الفكرية المخصصة للمورون أو القابلين للتعلم من الأطفال القاصرين عقليا . وقد نجح بعضهم بالفعل - نتيجة للشفاعات أو الالاح المستمر - فى محاولاتهم هذه ، دون أن يفيد أبناؤهم شيئا من التحاقهم بالمعاهد غير ما تسببوا فيه لأطفالها ومدرساتها والمشرفين عليها من ارتباك ومشكلات لا سبيل الى حلها وتعويق عن تحقيق أهداف الرعاية التعليمية والاجتماعية .

٢ - مؤسسات ضعاف العقول (المورون) :

وهناك عشة مؤسسات لضعاف العقول فى الوقت الحاضر تابعه لوزارة الشئون الاجتماعية ، تسمى بمؤسسات « الثقيف الفكرى » وبيانها كالاتى :

(١) وهم الذين تنحصر نسبة ذكائهم بين ٥٠ ، ٧٠٪ كما سبق ذكره .

اسم المؤسسة	العنوان	تاريخ الانشاء	سن القبول السنة
١ - التنقيف الفكرى بمحادثات القبة	ش نجيب شكور	١٩٦١	٥٠١٢-٦
٢ - » » » بمحلوان « للنبات »	المساكن الاقتصادية	١٩٦٣	١٠٠٢٥-٧
٣ - » » » بطنطا	أمام المستشفى الاميرى	١٩٦٢	٥٠١٢-٨
٤ - » » » بالمنيا	تله	١٩٦٢	١٠٠١٢-٦
٥ - » » » بالاسكندرية	السيوف	١٩٦٣	١٠٠١٦-٨
٦ - » » » بحلمية الزيتون	٨ ش عين شمس	١٩٥٨	١٠٠١٦-١٣
٧ - مركز تدريب التنقيف الفكرى	١٠ ش متحف المطرية	١٩٦٣	١٠٠ ١٥ فاكتر
٨ - » » التوجيه النفسى والتأهيل بالقبة	١ ش منية الاصبغ	١٩٦٧	
٩ - قسم ضعاف العقول للاحداث المنحرفين	دور التربية بالجيزة	١٩٦٤	١٠٠٢١-٧
١٠ - » » » » » »	مؤسسة العجوزة	١٩٦٦	١٠٠٢١-٧

وتهدف هذه المؤسسات الى توفير الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية والثقافية لأطفالها، والى تعليمهم مبادئ القراءة والكتابة والحساب والمعلومات العامة ، وتدريبهم مهنيا على بعض الحرف والصناعات البسيطة التى تتفق مع قدراتهم واستعداداتهم . ومن المهن التى يدرّب عليها الأطفال فى هذه المؤسسات الزراعة وتربية الدواجن ، وأعمال الخياطة والابرة ، وأعمال الخيزران ، والنسيج اليدوى ، والصناعات الجلدية ، والتجارة الخفيفة (١) . وقد استحدثت أيضا مهمة تصوير وطبع المستندات فى وحدة جديدة أنشئت عام ١٩٦٩ .

(١) صلاح الحمصاني ، خدمات وزارة الشئون الاجتماعية في مجال رعاية وتأهيل المتخلّفين عقلياً في « مجلة التربية الحديثة » ، القاهرة ، ديسمبر ١٩٦٨ ، ص ١٧٢ - ١٨٤ .

انظر أيضا : « خدمات الرعاية للقنات الخاصة في ج . ع . م . » وزارة التخطيط ، بيان الخدمات التي تحققت خلال الخطة الخمسية الأولى ١٩٦١/٦٠ - ١٩٦٥/٦٤ ، القاهرة ، ١٩٦٦ .

(مشكلات الصحة النفسية - ٦)

أما بالنسبة للمعاهد وفصول « التربية الفكرية » التي تتبع وزارة التربية والتعليم في إدارة التربية الخاصة ، والمخصصة أيضا لضعاف العقول من سن ٦ إلى ١٥ سنة ، فيوجد منها في الجمهورية في الوقت الحالي ١٧٧ فصلا تضم ١٤٧١ من التلاميذ ، يقوم على تعليمهم ورعايتهم ٢٣٧ من معلمات ومعلمي التربية الخاصة . وفيما يلي بيان هذه الفصول والمعاهد وتوزيعها على محافظات الجمهورية (١) :

أولا : المعاهد :

- ١ - معهد التربية الفكرية بمدينة نصر : شارع اسماعيل زغلول - مدينة نصر - القاهرة .
- ٢ - معهد التربية الفكرية بالمنيرة : ١٦ شارع اسماعيل سري - المنيرة - القاهرة .
- ٣ - معهد التربية الفكرية بالدقي : ١٢ شارع محمد رضا - الدقي - الجيزة .
- ٤ - معهد التربية الفكرية بالرمل الميري : ٥٦ شارع رالي - الرمل الميري - الاسكندرية .
- ٥ - معهد التربية الفكرية ببورسعيد : شارع طرح البحر - بورسعيد .

ثانيا : الفصول :

منطقة شرق القاهرة :

- فصول ملحقة بمدرسة سنان الابتدائية : ١٦ شارع سنان بالزيتون .
- فصول ملحقة بمدرسة السيدة نفيسة الابتدائية : ٨٩ شارع العباسية .
- فصول ملحقة بمدرسة صقر قريش الابتدائية : شارع العباسية أمام الكلية الأمريكية .

(١) هذا البيان مصدره « الادارة العامة للتربية الخاصة » بوزارة التربية والتعليم ، ويمثل الوضع في العام الدراسي ١٩٦٩ - ١٩٧٠ .

فصول ملحقة بمدرسة محمود فهمى الابتدائية : شارع محمود فهمى
المعماري بالعباسية .

فصول ملحقة بمدرسة ابن سندر الابتدائية : ١٠٦ شارع ابن سندر - سراي
القبة .

فصول ملحقة بمدرسة المستقبل الابتدائية : ٥٩ شارع محطة القبة -
حمامات القبة .

فصول ملحقة بمدرسة البراموني الابتدائية : ١ شارع بين الجنائين -
العباسية .

منطقة شمال القاهرة :

فصول ملحقة بمدرسة حدائق شبرا الابتدائية : ١٣٦ شارع شبرا .
فصول ملحقة بمدرسة أجد عرابي الابتدائية : شارع عبد الحميد الديب
- منية السرج بشبرا .

منطقة وسط القاهرة :

فصول ملحقة بمدرسة محمد فريد الابتدائية : ٢٢ شارع مصطفى كامل -
الدواوين .
فصول ملحقة بمدرسة راتب باشا الابتدائية : ٣١ شارع الشهيد منصور
اسماعيل - باب الخلق .
فصول ملحقة بمدرسة مصطفى كامل الابتدائية : شارع شتن - القلي .

منطقة جنوب القاهرة :

فصول ملحقة بمدرسة السيدة عائشة الابتدائية : ٢ ميدان صلاح الدين
- القلعة .
فصول ملحقة بمدرسة الظافر الابتدائية : ٥ شارع سعيد ذو الفقار -
مصر القديمة .

منطقة الإسكندرية :

- فصول ملحقة بمدرسة سيد درويش الابتدائية : ١٩ شارع طريق الحرية
- العطارين
- فصول ملحقة بمدرسة عمر بن عبد العزيز الابتدائية : شارع قنسال
- المحمودية - راغب
- فصول ملحقة بمدرسة بلقيس الابتدائية : ٩٠ شارع الحرية

منطقة السويس :

- فصول ملحقة بمعهد النور والأمل بالسويس : ١ شارع صلاح الدين
- فصول ملحقة بمدرسة مصطفى هاشم الابتدائية : شارع ترعة الاسماعيلية
- الأربعين
- فصول ملحقة بمدرسة الأربعين الابتدائية : الأربعين

منطقة الاسماعيلية :

- فصول ملحقة بمدرسة الشهيد جواد حسنى الابتدائية : العريشية - الاسماعيلية

منطقة بنها :

- فصول ملحقة بمدرسة الامام محمد عبده الابتدائية : بنها

منطقة الزقازيق :

- فصول ملحقة بمدرسة الشمس الابتدائية : منشية الشمس - شارع طلعت حرب
- فصول ملحقة بمدرسة النظام الابتدائية : الزقازيق
- فصول ملحقة بمدرسة تجريبية المعلمين : الحسينية - الزقازيق
- فصول ملحقة بمدرسة مصطفى كامل الابتدائية : أبو كبير

منطقة كفر الشيخ :

- فصول ملحقة بدار المعلمين : كفر الشيخ

منطقة المنصورة :

فصول ملحقة بمعهد الأمل : البحر الصغير - المنصورة .

منطقة دمياط :

فصول ملحقة بمدرسة دمياط الابتدائية للبنات : دمياط .

منطقة الجيزة :

فصول ملحقة بمدرسة النجاح الابتدائية : شارع حسين شاكر بالجيزة .

فصول ملحقة بمدرسة محمد فريد الابتدائية : شارع حسين شاكر بالجيزة .

فصول ملحقة بمدرسة التحرير الابتدائية : ٥٥ شارع الصناديل بالجيزة .

فصول ملحقة بمدرسة المجد الابتدائية : شارع القوي بالجيزة .

فصول ملحقة بمدرسة الحرية الابتدائية : ١٨ شارع مديرية التحرير بامبابه .

منطقة الفيوم :

فصول ملحقة بمعهد النور والأمل : الفيوم .

منطقة بنى سويف :

فصول ملحقة بمدرسة أبو بكر الصديق الابتدائية : شارع ابن الفارض .

بنى سويف .

منطقة المنيا :

فصول ملحقة بمدرسة مغاغة الابتدائية : مغاغة .

فصول ملحقة بمدرسة اليوسفي الابتدائية : ملوى .

فصول ملحقة بمدرسة التحرير الابتدائية : ملوى .

فصول ملحقة بمدرسة أبو بكر الصديق الابتدائية : المنيا .

منطقة أسيوط :

فصول ملحقة بمعهد النور والأمل : شارع الميثاق - أسيوط .

منطقة سوهاج :

فصول ملحقة بمدرسة الحضارة : سوهاج .

ولقد يظن أن الفصول والمعاهد التي تتضمنها القائمة السابقة تفي باحتياجات الجمهورية منها ، إلا أن هذا الظن أبعد ما يكون عن الحقيقة والواقع - ذلك أن مجموع التلاميذ بهذه المعاهد والفصول هو ١٤٧١ تلميذا وتلميذة ، بينما يبلغ عدد ضعاف العقول بين سن ٦ سنوات و ١٥ سنة (وهي أعمار التلاميذ الملتحقين بهذه الفصول) مائة ألف طفل من أطفال الجمهورية على أقل تقدير (١) !!

ومن جهة أخرى فإن المعلمات والمعلمين القائمين بالتدريس في هذه الفصول لم يتخصصوا التخصص الكافي في مهمتهم ، فهم من المتخرجين في دور المعلمين والمعلمات (٢) الذين حصلوا على دبلوم اضافية مدتها سنة واحدة في التربية الخاصة (شعبة التربية الفكرية) وقليلون منهم من التحقوا بالدورات التدريبية المخصصة للعاملين في ميدان الضعف العقلي .

أما التخصص على مستوى الدراسات العليا في هذا الميدان فهو نادر جدا . وقد بدأت منذ سنتين دراسة بكلية التربية بجامعة عين شمس على مستوى الدبلوم الخاصة (وهي الدبلوم الممهدة للدراسة لدرجة الماجستير في التربية) لاعداد خبراء فنيين في التربية الخاصة ، كما يوجد في الوقت الراهن عدد من الحاصلين على درجة الماجستير أو الدكتوراه في فرع من فروع

(١) على اعتبار أن نسبتهم ٥٠٪ الى مجموع الأطفال ، وهو أقل تقدير متصور لنسبة ضعاف العقول في المجتمع .
(٢) للحصول على دبلوم دار المعلمين أو المعلمات ، يتم الطالب بنجاح دراسة مدتها ٥ سنوات بعد الشهادة الابتدائية .

التربية الخاصة لا يزيد عن أصابع اليدين . وقد شرعت كلية التربية في اعداد « دبلوم مهنية » في التربية الخاصة تأمل أن تسهم في اعداد مجموعة أخرى من المتخصصين لسد بعض الاحتياجات الفنية المتنوعة في هذا المجال المتشعب .

ومما يبشر بالخير بالنسبة لتطوير الخدمات في رعاية القاصرين عقليا ما تم من انشاء « الهيئة العامة لرعاية وتأهيل المتخلفين عقليا » في عام ١٩٦٥ لغرض النهوض بالخدمات التي تقدم لضعاف العقول بالجمهورية العربية المتحدة . ومن أهداف هذه الهيئة وضع الخطط لرعاية ضعاف العقول وتحديد الاحتياجات التي تتطلبها رعايتهم ، والقيام بالبحوث والدراسات بشأن مشكلة الضعف العقلي ، والعمل على تنسيق الجهود التي تبذل حاليا لرعاية وتأهيل ضعاف العقول والتعاون مع الهيئات الحكومية والأهلية العامة في هذا الميدان (١) .

وتشرف الهيئة في الوقت الحاضر على بحث يدور حول امكانيات التأهيل المهني للمتخلفين عقليا في نطاق التكوين الاقتصادي والاجتماعي بمدينة القاهرة ، ويهدف الى « تنمية الوسائل والطرق الفنية لتأهيل المتخلفين عقليا بما في ذلك تكيفهم اجتماعيا ونفسيا ومهنيا ، مع العمل على زيادة من يعملون في مهن مربحة ممن لديهم معوقات عقلية شديدة » .

أما عما يجري حاليا بداخل فصول ومعاهد التربية الفكرية من تعليم ورعاية اجتماعية ونفسية ، فاننا سنعالجه عن طريق ايضاح الأهداف المقصودة من التربية الفكرية والمبادئ الأساسية التي ينبغي أن يتوخاها العاملون مع ضعاف العقول .

(١) صلاح الحمصاني : المرجع السابق .

اهداف فصول ومبادئ التربية الفكرية :

ان الهدف الاساسى من هذه المبادئ والفصول هو العمل على توجيه الطفل الى استثمار ذكائه - ذلك الذكاء المحدود - بأفضل طريقة ممكنة ، وليس الهدف بأية حال تحسين ذكاء هذا الطفل أو تحويله من طفل ضعيف العقل الى طفل عادى أو قريب من العادى (الأمر الذى يستعصى تماما الا فى بعض حالات النضاع ، وهى حالات يتسبب فى ضعفها العقلى التقصير الخطير فى افراز الغدد الدرقية وتعالج بتعاطى أقراص الثيرويد بصفة منتظمة لمدة طويلة حيث يؤثر العلاج أحسن ثماره كلما بدأ فى سن مبكرة ، وكذلك بعض الحالات الأخرى القليلة المتسببة عن خلل فى الأنزيمات وتقبل العلاج) .

وبعبارة أخرى فان القصد والهدف من فصول التربية الفكرية هو ما تتضمنه تسميتها الأقرنجية - Re-education أى تربية الطفل مجددا أو إعادة تربية الطفل بطرق وأساليب خاصة تمكنه من استغلال ذكائه أحسن استغلال ، وتجعل منه مواطنا صالحا نافعا قدر الامكان . وتعنى هذه التسمية أيضا أن طرق التعليم فى المدرسة الابتدائية العادية وكذلك الأساليب التى اتبعت مع الطفل فى المنزل ، لم تفلح غالبا فى تهيئة الطفل لاكتساب كل ما يمكن له أن يكتسبه من معارف ومهارات وخبرات وثقة بالنفس ، ولربما تكون قد أسهمت - على العكس من ذلك - فى تعميق شعور الطفل بالعجز والدونية لقصوره عن اللحاق بأخوته فى البيت وأقرانه فى المدرسة !

مبادئ رعاية ضعاف العقول :

وفى ما يلى أهم الأسس والمبادئ التى ينبغى أن تؤخذ فى الاعتبار عند وضع خطة تعليمية لهؤلاء الأطفال :

- ١ - أن تعليم هؤلاء الأطفال ينبغى أن يعتمد أساسا على المشاهدة الحية وعلى التجسيم والنواحي الحسية وأن يبتعد قدر الامكان عن استخدام الرموز والنواحي المجردة ، وذلك تمشيا مع الخصائص العقلية لهؤلاء الأطفال . وعلى هذا فان الوسائل المعينة أو وسائل الايضاح هى أكثر أهمية فى تعليمهم منها

فى أى تعليم أخسر . . ولا يكفى فى ذلك الوسائل الجماعية ، بل يتحتم الاستعانة كذلك بوسيلة الايضاح الفردية التى يمتلكها كل واحد من الأطفال ومنها وسائل تعين على تكوين الكلمات أو على العد وعمليات الجمع والطرح البسيطة أو على أدراك المساحات والحجوم والأوزان والألوان . . الخ .

٢ - انطلاقاً من المبدأ السابق ، فإنه لابد من إخصاب بيئة المعهد واثرائها ثقافياً بجعلها تضم أشياء من قبيل حظائر للدواجن وبركة يسبح فيها البط والأوز وبعض الأسماك ، والمزروعات المختلفة التى منها الخضر والفاكهة والحبوب . . ان من المهم جداً أن تقع عين الطفل بصفة متكررة على المشاهد الحية حتى تكون هذه الخبرة الحسية نقطة انطلاق فى توسيع معلومات الطفل العامة .

وليس المقصود أن يكتفى بالنسبة لهذه الأشياء بالمشاهدة وحدها ، بل ان الخطة التعليمية يجب أن تتضمن أن يقوم الطفل بنفسه بزراعة بعض البذور وتعهده النبات بالاسقاء وتغذية الدواجن وتتبع الحيوانات والنباتات فى تكاثرها ونموها . وخلال ذلك كله يقوم المعلم بمعاونة الطفل على تسجيل ما يستطيع تسجيله من تاريخ بذر البذور أو فقس البيض أو أسماء الحيوانات والمزروعات وبهذا يتحقق ربط الدراسات النظرية بالخبرة الحية المباشرة ، كما يصبح الطفل مشوقاً مشدوداً الى المدرسة وما يقوم به فيها من نشاط .

٣ - وتمشياً مع نفس المبدأ أيضاً ، فإن الزيارات التى يقوم بها الأطفال الى المحلات العامة والمؤسسات القائمة فى البيئة تحتل جزءاً هاماً من تعليمهم مع مراعاة اتفاق هذه الزيارات بطبيعة الحال مع المستويات العقلية المختلفة للأطفال .

٤ - وبالنظر الى صعوبة التركيز وقصر مدى الانتباه ومدته لدى هؤلاء الأطفال ، فإنه يتحتم أن يراعى المعلم ذلك فى مخاطبته لهم - أى أن المعلم يجب أن يلجأ الى التنويع والتغيير فى مادة الحديث وعدم الاطالة فى الموضوع الواحد أو الفكرة الواحدة . ولا يجب أيضاً أن يسمى درس بدرس اللغة

العربية وآخر بدرس الحساب ، بل ان الحصّة الواحدة من حصص الدروس - وهي في العادة تستغرق ساعة زمنية - ينبغي أن تكون مزيجاً من القراءة والحساب والكتابة وبعض العمل اليدوي كذلك .

٥ - أما عن المناهج الدراسية ، فمن المؤكد أن المناهج المتبعة في المدارس الابتدائية المعتادة لاتصلح إطلاقاً لتلاميذ معاهد التربية الفكرية . . . اننا لا نأمل في أن يستوعب الطفل ضعيف العقل التفاصيل المختلفة للموضوعات التي تحويها مناهج المدرسة الابتدائية ، وأقصى ما نطمح اليه هو أن يلم الطفل بالنقاط الأساسية لبعض الموضوعات . ونحن لذلك أحوج ما نكون الى مجهودات علمية لتبسيط مناهج المدرسة الابتدائية واستخلاص أساسياتها التي يمكن أن تصبح مادة تعليمية في فصول التربية الفكرية .

وفي رأينا أنه من الخطأ تقييد معلم التربية الفكرية بمنهج دراسي محدد ، وأن الأفضل أن نضع أمامه الحقائق الأساسية ورؤوس أقلام للموضوعات ، ودليلاً لطريقة تناول هذه الموضوعات ، وبعض النماذج لوسائل الإيضاح التي يمكن الاستعانة بها في تعلمها . . . وبعد هذا ينبغي أن تترك للمعلم أو المعلمة حرية تطويع المادة العلمية لتلائم أطفاله أو أطفالها ، وخاصة لما يقوم بين هؤلاء الأطفال من فروق فردية شاسعة .

٦ - وهناك أنواع أخرى من التعلم قد لا نهتم بها في المدرسة العادية ولكننا نوليها أهمية خاصة بالنسبة لضعاف العقول - ومن ذلك مثلاً اكتسابهم المهارات الخاصة التي تساعد على الاستقلال بخدمة أنفسهم ، وهي أشياء قد يتعلمها الطفل العادي بطريقة عرضية ولكنها لا تتم بنفس السهولة بالنسبة للطفل المتخلف . انه من المهم أن يبدأ اليوم الدراسي بقيام الاطفال بتنظيف غرفة الدرس وترتيبها ، ولا بأس من أن ينقضي بعض الوقت في تعليم الطفل كيفية ربط حذائه أو أزرار قميصه أو غسل وجهه وتمشيط شعره . ان هذه الأشياء على بساطتها لا يجب أن يحتقرها المعلم ، وكل اكتساب فيها هو تعلم مهم بالنسبة لهذا الطفل لا يقل شأنًا عن تعلمه كتابة اسمه أو تاريخ اليوم .

وبالنظر الى توعية هؤلاء الاطفال ، فانه من المفيد والمرغوب فيه أيضا أن يعضوا بعضا من اليوم الدراسي في أعمال التدبير المنزلي البسيط واكتساب مختلف المهارات اليدوية التي تفيدهم في حياتهم الخاصة ، كما أن الاطفال أنفسهم يستمتعون كثيرا بهذه الاعمال .

٧ - كذلك فلا بد من بذل جهد خاص لمعاونة الاطفال على اكتساب المهارات والعادات الاجتماعية التي تساعد على الاندماج في المجتمع واحترام حقوق الآخرين وحب التعاون وعلى المواطنة الصالحة بوجه عام . ويقتضى ذلك خلق المواقف التي يتمرس فيها الاطفال على المشاركة والآخذ والعطاء ، ولا بد بطبيعة الحال من التدرج في هذه المواقف بما يتماشى مع مستوى النضج الذي بلغه الاطفال ومع حالاتهم الفردية .

٨ - ومن الملاحظات الطريفة التي وردت فيما كتب من أوصاف وخصائص هؤلاء الاطفال وأمكن لنا التحقق الشخصي منها خلال العمل معهم في بعض معاهد التربية الفكرية في الجمهورية العربية المتحدة ، أن كثيرين منهم يتمتعون بأذن موسيقية وولع شديد بالايقاع وقدرة على ترديد الألحان البسيطة . وقد أتيج لنا استغلال ذلك بدرجة من النجاح لا بأس بها في تدريس بعض المعلومات العامة للأطفال - فبدلا من أن يتحدث المعلم مع الاطفال بأوصاف « الدجاجة » أو « البطة » مثلا ، فإن الاطفال ينشدون أغنية عن البطة أو الدجاجة بسيطة التأليف والتلحين . ولا بأس من اقتران الغناء بتمثيل الحركات التي تأتيها البطة أو الدجاجة بما يتناسب مع ألفاظ الأغنية ، ولا بأس أيضا من أن توضع أمامهم خلال ذلك صورنها أو مجسم لها .

وقد تبين أن الاطفال يجيدون استخدام الأدوات الموسيقية النحاسية البسيطة كالمثلث والصاجات والشخاشيخ وما إليها اذا صُنحَتهم معلمتهم في العزف على البيانو . ولاحظنا أن الاطفال يكونون أشعثا ما يكونون خلال دروس الموسيقى والأنشيد ، كما يكتسبون ما نشاء لهم أن يكتسبوا من معلومات مبسطة بطريقة مشوقة حية .

٩ - ومن الأمور الأساسية أيضا أن نهتم اهتماما خاصا في دور التربية الفكرية بحاجة أطفالها الى اللعب والنمو الحركي ، وهي حاجة تزيد على حاجة الأطفال الآخرين الى ذلك وخصوصا مع تأخرهم النسبي في النمو الجسمي بصفة عامة . وهنا يجب أن يحتوى المعهد على شتى أنواع الأراجيح والدراجات والسيارات الصغيرة التي يلهو بها هؤلاء الأطفال في بعض يومهم . وهناك حاجة كذلك الى التدريبات الرياضية التي يقوم بها الأطفال بمساعدة المختص ، والتي يجب في حالات بعضهم أن تطوع بما يتناسب مع صعوبتهم الحركية الخاصة .

على أن اللعب يمكن أيضا أن يستخدم استخداما تعليميا خاصا - كما هو الحال بالنسبة الى الموسيقى - مع الأطفال المتخلفين عقليا . وفي تجربة خاصة مع بعض هؤلاء الاطفال أمكننا أن نجعل بين لعب الأطفال وتسليتهم وبين تعميق ادراكهم بالادوار الاجتماعية لبعض أشخاص البيئة - قسمت مجموعة الأطفال في هذه التجربة الى فريقين فكان أفراد أحد الفريقين يقومون بتمثيل الجزئيات المختلفة في عمل النجار - مثلا - تمثيلا صامتا ، بينما يحاول أفراد الفريق الآخر اكتشاف الحرفة المقصودة ، فاذا نجحوا في ذلك أخذوا في مطاردة أفراد الفريق الأول في الملعب . ويتبادل الفريقان التمثيل الصامت والاستنتاج لعدد من الحرف والمهن المألوفة . وعن طريق هذه اللعبة وأمثالها، يمكن معاونة الأطفال على زيادة فهمهم للأدوار الاجتماعية لشرطي المرور ورجل المطافئ والطبيب والمرضة وغيرهم من العاملين في البيئة المحلية (١) .

١٠ - ويحتل التمثيل دورا هاما أيضا في اكتساب الأطفال لعدد من الخبرات والمهارات الهامة ، وخاصة اذا كان التمثيل تلقائيا لا يعتمد على التلقين ولا على الاعداد السابق . وقد أمكن لنا في بعض المرات اكتشاف مشكلات الأسرة والمشكلات الانفعالية لبعض الأطفال خلال قيامهم بالتمثيل التلقائي لأدوار الأب والأم والأفراد الآخرين في الأسرة . واذا أدخلنا في الاعتبار صعوبة اكتشاف أمثال هذه المشكلات عن طريق الحديث العادي مع الطفل بالنظر الى نقصه العقلي ، فان التمثيل التلقائي - أو ما يسمى بالدراما

(١) صنوئيل مغاريوس « الأساليب التمثيلية في تربية وعلاج ضعاف العقول » ، في « صحيفة التربية » ، مارس ١٩٥٦ ، ص ٥٠ - ٥٧ .

- النفسية - يقدم لنا وسطا جديدا في التعرف على هذه المشاكل (١) .
- ويمكن تلخيص أهداف ومبادئ رعاية ضعاف العقول التي ينبغي أن تتمسك بها المؤسسات والفصول المخصصة لهم فيما يلي :
- أ - تمكين ضعيف العقل من الاستقلال بنفسه في العناية بأموره الخاصة ومن اتقان الممارسات العادية التي يحتاجها في حياته اليومية .
- ب - الكشف عن مواطن القوة والاستعدادات الخاصة بكل طفل واعداده لان يكون مواطنا نافعا عن طريق تنمية استعداداته الخاصة .
- ج - العمل على توسيع خبرة الطفل ضعيف العقل ، بجعل بيئة المؤسسة التعليمية غنية قدر الامكان بالمؤثرات الحسية والمشاهد الطبيعية الحية .
- د - اعداد الطفل لمزاولة حرفة بسيطة يمكن أن يرتزق منها مستقبلا .
- هـ - العمل على أن يصبح الطفل ضعيف العقل اجتماعيا قدر الامكان .

تتبع نمو الطفل :

تبقى بعد ذلك قضية تقييم ومتابعة نمو الطفل وتقدير مدى استفادته من المجهودات والخدمات التي تقدم له : ومن أجل هذا تعد كراسة خاصة تملأ بياناتها عند التحاق الطفل بالمعهد ، ثم يعاد مل هذه البيانات على فترات منتظمة نصف أو ربع سنوية . وتتناول مثل هذه الكراسة النواحي الآتية :

- ١ - معرفة الطفل لاسمه وأسماء والديه وأخوته وأخواته ، ولعمره ، ولفصول السنة والشهور والأيام والزمن .

- ٢ - اسئلة واختبارات خاصة عن :

(١) صموئيل مغاريوس ، المصدر السابق

معرفة الألوان ، معرفة الأشكال ، قابلية التمييز والتمييز ، مرونة التصور والتأسيس ، القابلية على المقارنة ، القابلية على الرسم ، جهاز الحركة ، توافق الحركات ، معرفة الظروف المكانية ، حواس اللمس والسمع والبصر والشم والذوق ، ادراك الأوامر والتركيز ، معرفة الأشياء وتسميتها ، معرفة المواد ، التفكير الذاتى والتصورى ، فهم الكلام وترديده ، القابلية على النقد ، الذاكرة .

٣ - مواضيع دراسية ، القياسات ، القراءة ، الكتابة .

٤ - القابلية على التعلم .

٥ - ملاحظات أخرى حول سلوك الطفل .

٦ - تقدير المعلم العام للطفل وحكمه عليه .

ولا تفيد مثل هذه الكراسية فى تتبع نمو الطفل فى النواحي المختلفة فحسب ، ولكن البنود التى تحتويها الكراسية تعتبر بنفس الوقت بمثابة مؤشرات للمعلم أو المعلمة الى الجوانب التى ينبغى أن يهتم بها فى موالاته للطفل على مر الأيام . ولاشك أن كل طفل من أطفاله سيختلف عن كل طفل آخر فى مدى التقدم الذى يمكن أن يحرزه على كل بند من بنود الكراسية بحكم ما يوجد بين الأطفال من تفاوت واختلافات فردية .

المكفوفون وضعاف البصر

الكفيف أو المكفوف هو من لا يمكنه الاعتماد على حاسة الابصار في أداء الأعمال التي يؤديها غيره باستخدام هذه الحاسة . وبينما يعتبر الشخص في بعض البلاد - كالولايات المتحدة - معوقا بصريا اذا نقصت درجة ابصاره عن ٢٠/٢٠ في أحسن العينين بعد التحسين بالنظارة الطبية ، فانه في بلاد أخرى - منها الجمهورية العربية المتحدة - لا يعتبر معوقا بصريا الا اذا نقصت درجة ابصاره عن ٦٠/٣ (أى ما يساوى ٢٠٠/١٠ بالمقياس الأمريكى) في أقوى العينين باستخدام النظارة الطبية . وفى ذلك يقول الدكتور محمد عبد المنعم نور المدير العام للمركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين بالزيتون : « لاشك أنه اذا توافرت الامكانيات التأهيلية وتحسنت الظروف الاقتصادية وارتفع المستوى الحضارى ، فان تعريفا أكثر سخاء يؤخذ به في تقرير من هو المعوق بصريا في البلاد العربية ، اذ لا جدوى من اعتبار شخص ما أنه من المعوقين اذا لم تكن هناك خدمات ونتائج ايجابية لمثل هذا التعريف » (١) .

هذا ، ويقسم المكفوفون للأغراض التعليمية والاجتماعية الى الفئات الأربع التالية (٢) :

أ - المكفوفون كلية الذين ولدوا عميانا أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة .

ب - المكفوفون كلية الذين أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة .

ج - المكفوفون جزئيا الذين ولدوا باصابتهم أو أصيبوا بها قبل سن الخامسة .

(١) محمد عبد المنعم نور ، تأهيل المكفوفين وضعاف البصر ، الوثيقة ١١ أ (٢) في « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين في البلاد العربية ١٩٦٩ » ، جامعة الدول العربية ، الادارة الثقافية .
(٢) مصطفى فهمى ، مجالات علم النفس - المجلد الثانى : سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، مكتبة مصر ، القاهرة ١٩٦٥ ، ص ١٤ .

د - المكفوفون جزئيا الذين أصيبوا بعجزهم بعد سن الخامسة .

وأما اختيار سن الخامسة أساسا لهذا التقسيم فإنه يقوم على افتراض أن من يفقد ابصاره - جزئيا أو كليا - قبل سن الخامسة لا يمكنه الاحتفاظ في كبره بالصور البصرية السابقة على فقد الإبصار .

أما « ضعف البصر » فهم - بحسب شروط قبولهم في فصول ضعف البصر بالجمهورية العربية المتحدة - من يثبت من الكشف النظري أن حدة إبصارهم لا تقل عن ٦٠/٦ ولا تزيد عن ٢٤/٦ في العين الأقوى بعد العلاج والتصحيح بالنظارة ، كما يجوز قبول حالات تزيد حدة الإبصار فيها عن ٢٤/٦ طبقا لما يقرره طبيب العيون المختص (١) .

الخصائص النفسية للمعوقين بصريا :

تؤدي الإعاقة البصرية الى فرض حدود معينة على ادراك الكفيف لما يحيط به من أشياء وأشخاص في بيئته المباشرة وعلى نوع ومدى الخبرات التي يحصل عليها - ويتوقف هذا بطبيعة الحال على درجة الإعاقة وعلى تاريخ إصابته بها . وتؤدي الإعاقة أيضا الى الحد من قدرة الكفيف على الحركة والمشي وبالتالي الى الحد من مدى اتصاله بالبيئة الطبيعية ومدى سيطرته عليها .

ونتيجة للإعاقة البصرية ، فإن الكفيف يحاول أن يستغل حواسه الأخرى الى أقصى درجة ممكنة ، بل يجب أن يكون تدريبه على هذا الأمر أحد الأهداف التي تسعى اليها خطة تأهيل المكفوفين . وبالفعل فإن الكفيف يتميز عادة على الشخص العادي بحدة حواسه ، وعلى الأخص حاسة السمع يليها اللمس ثم الشم . ولا يرجع هذا الاختلاف بين الكفيف وعادي الإبصار الى فروق أصيلة في هذه الحواس ، بل الى التدريب المتصل لها والاعتماد عليها اعتمادا كليا في حالة الكفيف .

(١) كمال الدين أحمد خواسك ، تعليم المكفوفين في الجمهورية العربية المتحدة ، الوثيقة رقم ٥ - و في « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين في البلاد العربية ١٩٦٩ » ، جامعة الدول العربية ، الإدارة الثقافية .

والكفيف يعرف أن عجزه يفرض عليه عالما محدودا ويرغب فى الخروج من هذا العالم الضيق والاندماج فى عالم المبصرين . . . الا أن محاولاته فى سبيل ذلك كثيرا ما تصطدم بآثار عجزه ، مما يرده مرة أخرى الى عالمة المحدود ويوقعه فى قلق مستمر ؛ وتختلف استجابات المكفوفين الى عجزهم بين المحاولات التعويضية الناجحة من جانب وبين عدم تقبل الواقع والمبالغة فى الإنكار أو الانسحاب الكلى من المجتمع أو القاء اللوم على الآخرين من جانب آخر (١) .

وقد قام فتحى عبد الرحيم فى الجمهورية العربية المتحدة ببحث حديث عن « أثر فقدان البصر على تكوين مفهوم الذات » (٢) استخدم فيه عينة قوامها ٥٣ من المكفوفين كليا و ٥٧ من المكفوفين جزئيا و ٥٩ من ضعاف البصر ومجموعة ضابطة من المبصرين عددها ٨٧ - وتوصل فى نهايته الى النتائج التالية عن « مفهوم الذات » لدى المعوقين بصريا :

١ - أن المكفوفين - كليا أو جزئيا - أكثر تقبلا للذات من المبصرين ، فى حين أن ضعاف البصر أقل المجموعات المستخدمة فى البحث تقبلا للذات !

٢ - أن المعوقين بصريا - بجميع درجات الإعاقة - أقل تقبلا للآخرين من المبصرين .

٣ - أن المعوقين بصريا أكثر تباعدا من مجموعة المبصرين عن « الشخص العادى » .

ويفسر الدكتور فتحى عبد الرحيم هذه النتائج بقوله أن المكفوفين - كليا وجزئيا - « لديهم ميل الى اتخاذ بعض الأساليب الدفاعية للمحافظة على الذات

(١) مصطفى فهمى ، المرجع السابق ، ص ١٦ .

(٢) فتحى السيد عبد الرحيم ، أثر فقدان البصر على تكوين مفهوم الذات، رسالة للحصول على درجة الدكتوراه فى التربية (قسم الصحة النفسية) كلية التربية بجامعة عين شمس ، القاهرة ١٩٦٩ (غير منشورة) .
(م ٧ - الصحة النفسية)

واحترامها في مواجهة بعض الاتجاهات الاجتماعية نخوهم والتي تعتبرهم جماعة من جماعات الأقلية في المجتمع .

ومن النتائج الهامة لهذه الدراسة أن درجة التوافق العام (الشخصى والاجتماعى) لدى المبصرين أعلى منها لدى المعوقين بصريا بصورة عامة ، وأن التوافق في مجموعات البحث يتبع الترتيب الآتى : المبصرون يليهم مجموعة فقد البصر الثام ثم مجموعة ضعف البصر ثم مجموعة فقد البصر الجزئى . ومن نتائجها الهامة أيضا أن « الاعاقة البصرية لا تفرض نوعا من الأحسنه أو التجانس بين الأفراد ، بل على العكس ربما تؤدي الى التباين بين الأفراد بصورة أكبر مما لدى المبصرين » ، ومن ناحية أخرى تشير النتائج الى أن مجموعتى فقد البصر الجزئى وضعاف البصر أكثر تباينا من مجموعة المبصرين في درجة استنبصار مفهوم الذات الاجتماعية .

ويوصى الباحث نتيجة لدراسته وما تمخضت عنه من نتائج بالعمل على زيادة فرص الاحتكاك المباشر بين المعوقين بصريا وزملائهم المبصرين لتحقيق تفاهم متبادل بين الفئتين ، كما يوصى بتعريف المعوقين بصريا بالاعاقة التى أصيبوا بها ونواحى القصور التى تتضمنها وتمكينهم من التغلب عليها بصورة واقعية وعملية ، وكذلك بتعريف المبصرين بطبيعة الاعاقة البصرية وبالنواحى الايجابية والسلبية التى تتضمنها بما يزيد من درجة تفهمهم لها .

ونشعر من جانبنا بأن هذه الدراسة المثيرة تفتح الباب واسعا لاجراء دراسات أخرى حول الموقف الحائر لمجموعة « ضعف البصر » وحول الاختلاف الظاهر بين المكفوفين كليا والمكفوفين جزئيا في بعض النواحى التى تناولتها الدراسة !

وفى دراسة أجراها عبد السلام عبد الغفار (١) فى ١٩٥٩ على محتويات

(١) عبد السلام عبد الغفار ، مقارنة محتويات الأوهام عند المبصرين ومحتوياتها عند المكفوفين ، رسالة مقدمة للحصول على الماجستير فى التربية (قسم الصلغة النفسفة) كلية التربية بجامعة عين شمس ، ١٩٥٩ (غير منشورة)

حياة الأوهام عند المكفوفين والمبصرين ، استخدم فيها عينة من ٥٠ طفلاً من أطفال المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين ، ٥٠ طفلاً من المبصرين من إحدى المدارس الابتدائية يتجانسون مع مجموعة المكفوفين من حيث السن والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والقدرة العقلية العامة والمرحلة التعليمية ، وطبق على أفراد العينة كلا من اختبار « وكسلر » لقياس ذكاء الأطفال واختبار « الدراما النفسية » الاسقاطي الثلاثي الأبعاد - توصل الى نتائج هامة من بينها ما يلي :

تميز البطل الرئيسي في قصص المكفوفين باضطهاد المجتمع له وعجزه عن مواجهة الحياة بمشاكلها ومسئولياتها ، في حين تميز البطل الرئيسي في قصص المبصرين بالمرح والطموح ، وتميزت البيئة في أوهام المكفوفين بأنها معادية في حين أنها مساعدة ومشجعة لدى المبصرين . وتميزت الأم في استجابات المكفوفين بأنها لا تقبل ابنها ولا ترعاه بل تهمله ولا تجيب مطالبه على عكس الأم في استجابات المبصرين .

وتميز المكفوفون بقسوة الذات العليا وبأن تكامل الذات عندهم أقل درجة من المبصرين . أما أنواع القلق التي يعاني منها المكفوفون بصفة خاصة فهي: فقدان الحب ، أن يغلب على أمره ، اعتداء الناس عليه ، المرض ، الحوادث . ولم يعبر المبصرون سوى عن نوع واحد من القلق هو القلق من العقاب .

هذا ، وقد أجمعت كثير من الدراسات التي أجريت على المكفوفين في الخارج على أنهم يعانون بوجه عام من « الميول العصائية » بدرجة أكبر من المبصرين ، وأن هذه الميول العصائية أوضح لدى الكفيفات منها لدى المكفوفين . كذلك أظهرت دراسات أخرى أن الأعمى أكثر جوداً (أى أقل مرونة) في تصرفاته من الشخص المبصر (١) .

(١) يوسف محمود الشيخ وعبد السلام عبد الغفار ، سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة ، دار النهضة العربية ، القاهرة ١٩٦٦ ، ص ١٤٩ .

تعليم المكفوفين في ج . ع . م :

بلغ عدد معاهد النور الابتدائية في العام الدراسي ١٩٦٩/٦٨ احدى عشر معهدا تضم ٥٩١ من التلاميذ . وقد أنشئ أول معهد للتعليم الإعدادي للمكفوفين في العام الدراسي ١٩٥٨/٥٧ وأول معهد للتعليم الثانوي لهم في العام ١٩٦٢/٦١ ووصل عدد هذه المعاهد في الوقت الحاضر الى أربعة معاهد للتعليم الإعدادي تضم ٢١٠ طالبا وثلاثة معاهد للتعليم الثانوي تضم ١٤٤ طالبا ، هذا فضلا عن معهد للتخصص المهني بالزيتون مدة الدراسة به سنتان بعد اتمام الدراسة الابتدائية ويضم ٤٧ طالبا (١) .

وفيما يلي بيان بمعاهد النور الابتدائية :

— مدرسة المركز النموذجي بالزيتون ، بنين : ٣٠٢ شارع ترعة الجبل بالزيتون .

— مدرسة جمعية النور والأمل بمصر الجديدة ، بنات : ١٦ شارع أبوبكر الصديق ، مصر الجديدة .

— معهد النور بحمامات القبة ، بنين : ٥ شارع ابن مروان — حمامات انقية .

— معهد النور بالجيزة ، بنات : ٣٨ شارع ربيع الجيزي — ساقية مكي :

— معهد النور بالقازيق ، مشترك : ٧٢ شارع أحمد ماهر .

— معهد النور بطنطا ، مشترك : ٢٢ شارع الامام الشافعي .

— معهد النور بالاسكندرية ، بنات : آخر شارع عزمي — جناكليس

— معهد النور بأبي قير ، بنين : ١٥ شارع بورسعيد — أبو قير :

— معهد النور بالقيوم ، مشترك : القيوم .

— معهد النور ببني سويف ، مشترك : بني سويف .

— معهد النور بأسسيوط ، مشترك ، أسسيوط .

(١) كمال الدين أحمد خواصك ، المرجع السابق .

هذا بالإضافة الى معبر حر بالقاهرة ، وهو (معهد رعاية الكفيفات - ٥١ شارع محطة القبة) .

أما معاهد النور الاعدادية والثانوية فبيانها كالآتي :

- مدرسة المركز النموذجي بالزيتون ، بنين .
- مدرسة جمعية النور والأمل بمصر الجديدة ، بنات .
- مدرسة الجمعية بأبو قير بالاسكندرية ، بنين (اعدادى فقط) .
- مدرسة الجمعية بمحرم بك بالاسكندرية ، بنات .

ويشتمل فصل المكفوفين على عدد من المقاعد والأدراج المفردة ، وعددا من مكتبات برايل ، وآلات كاتبة برايل ، لوحات حسابية ، غلب برايل ، مساطر برايل صغيرة الحجم ، أدوات هندسية برايل ، دولاب لحفظ الأدوات والوسائل المعينة ، بعض الوسائل التعليمية المناسبة لكل صف دراسى من كتب مطبوعة بطريقة برايل ومن خرائط بارزة ونماذج وعينات للحيوانات والطيور (١) .

وتهدف تربية المكفوفين علاوة على التعليم العادى الى تنشيط وتدريب حواسهم وقدراتهم الباقية وتصحيح أضرار التربية المنزلية الخاطئة بالنسبة لهم وكذا مساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم النفسية وعلى تكيفهم نفسيا واجتماعيا . كما تهدف أيضا الى التربية الاستقلالية للكفيف واعتماده على نفسه الى أقصى قدر ممكن وتعليمه مهنة مناسبة لتأهيله للاستقلال الاقتصادى (٢) .

وتحتاج معاهد المكفوفين الى خدمات الارشاد النفسى أكثر من حاجة

-
- (١) كمال الدين أحمد خواسك ، المرجع السابق .
 - (٢) كمال الدين أحمد خواسك ، التربية الخاصة للمكفوفين وضعاف البصر ، الوثيقة رقم ١١ - أ فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية ١٩٦٩ » ، جامعة الدول العربية الادارة الثقافية .

المدارس العادية اليها ، حيث ينصب الارشاد النفسى على معاونة الكفيف على التغلب على عناده ازاء المجتمع وعلى التأثيرات النفسية الناجمة عن التربية المنزلية الخاطئة وعن عدم طمأنينته الى الآخرين ، كما يهتم باخراج الكفيف من عزله النفسية وسلبيته ومساعدته عن طريق الرعاية الفردية والرعاية الجماعية الى التكيف الاجتماعى ووضعها فى الطريق الصحيح .

تعليم ضعاف البصر :

ضعيف البصر هو « أولا وأخيرا تلميذ مبصر يجب أن تعد خطته وبرامجه التعليمية على أساس اعداده للحياة فى مجتمع المبصرين مع مراعاة قوته البصرية الباقية » (١) . الا أن وضع هذا التلميذ فى فصل عادى قد يؤدى الى اضعاف قوته البصرية الباقية والى أن يصبح متخلفا دراسيا عن زملائه . ولذلك تخصص لضعاف البصر من التلاميذ فصول خاصة تعد بالتجهيزات والأدوات التعليمية المناسبة ، على ألا يحرموا من الاشتراك مع باقى تلاميذ المدرسة فى مجالات النشاط والدراسة العملية . وتخصص أحيانا مدارس بأكملها لضعاف البصر مستكملة المعدات والتجهيزات وهيئة التدريس المتخصصة ، الا أن هذا الاتجاه يعيبه أنه لا يحقق الهدف من اعداد ضعيف البصر للحياة فى مجتمع المبصرين .

ونجد فى ج . ع . م تطبيقا للاتجاهين ، فهناك مدرسة واحدة مستقلة خاصة بالمحافظة على البصر وفصول ملحقة بأحد معاهد النور ، وهناك عدد من الفصول الخاصة الملحقة بمدارس ابتدائية عادية . وفيما يلى بيان بهذه الفصول والمدارس وعدد تلاميذها فى العام الدراسى ١٩٦٩/٦٨ : -

عدد الفصول عدد التلاميذ

٥٥

٧

* مدرسة المحافظة على البصر بشبرا

١٠

١

* فصول مدرسة القاضى شرف الدين بالقاهرة

(١) : كمال الدين أحمد خواصك ، التربية الخاصة للمكفوفين وضعاف

البصر ، مرجع سابق .

١٦	* فصول مدرسة القاضي أحمد شوقي بالاسكندرية ٢
٧	* فصول مدرسة أحمد لطفى السيد بالاسكندرية ١
٢٠	* فصول معهد النور بالجيزة ٣
١٢	* فصول مدرسة أمير الشعراء بالجيزة ٢
٢١	* فصول مدرسة أحمد عرابي بالجيزة ٢
١٩	* فصول مدرسة أبو بكر الصديق ببني سويف ٣
٢٧	* فصول مدرسة قنا الابتدائية بقنا ٢
١٨٧	(الجملة) ٢٣

كما أن هناك فصولا أربعة بالمرحلة الإعدادية تضم ٦٠ تلميذا وتثبع مدرسة المحافظة على البصر بشبرا (١) .

والمشكلة الأساسية بالنسبة لضعاف البصر فى ج . ع . م . بل بالنسبة لجميع فئات المعوقين على اختلاف صنوفهم ، هى أن الجهود المبذولة ليست سوى قطرة فى بحر اذا نظرنا الى الموضوع من زاوية الكم والعدد !!

ففى دراسة احصائية أجرتها الادارة العامة للصحة المدرسية فى عام ١٩٥٤ للوقوف على ضعف البصر بين تلاميذ وتلميذات المرحلة الأولى فى منطقة القاهرة الجنوبية (٢) تبين أن عددهم فى هذه المنطقة وحدها (٦٧٠) تلميذا وتلميذة وأن نسبتهم الى تلاميذ المنطقة ١٧ فى الألف (بينما لا تزيد هذه النسبة فى الولايات المتحدة مثلا عن ٢ فى الألف !) . فاذا أخذنا فى الاعتبار أن المنطقة التى أجرى فيها هذا الإحصاء هى من مناطق الجمهورية

(١) جمال الدين أحمد خواسك ، تعليم المكفوفين فى الجمهورية العربية

المتحدة ، المرجع السابق .

(٢) مصطفى فهمى ، المرجع السابق ، ص ٤٥ - ٤٧ .

التي تتمتع بحظ وافر نسبيا من التعليم والتحضر وتوافر الخدمات الطبية ،
لأمكن أن تنصير الأرقام المذهلة التي يمكن أن تتمخض عنها الدراسة
الاحصائية لضعاف البصر في جميع المناطق والمحافظات ٠٠ والدلالة واضحة
على ما ينبغي بذله في المستقبل بالنسبة لهذا الميدان من جهود علاجية
ووقائية ، طبية واجتماعية وتربوية !!

أما عن المكفوفين فقد بلغ عددهم (وفق تعداد عام ١٩٦٠) ٩٢٣٥٨ كفيفا
بنسبة حوالى ٣٦ في الألف من عدد السكان ٠ وإذا افترضنا استمرار هذه
النسبة فإن عددهم في الوقت الراهن يصل الى نحو ١٢٠ ألفا منهم حوالى
عشرين ألفا في سن المرحلة الابتدائية ، فأين من هذا الرقم جملة تلاميذ
معاهد النور الابتدائية وهي - كما أسلفنا - ٥٩١ تلميذا وتلميذة ؟!
التأهيل الاجتماعى المهني للمعوقين بصريا :

تعتبر العناية بتأهيل المكفوفين في مصر قديمة جدا وربما كانت سابقة
على العناية بتأهيل أغلب فئات المعوقين الأخرى ، حيث قامت في مصر منذ
زمن طويل جمعيات أهلية وخيرية عديدة لرعاية المكفوفين ٠٠ على أن تأهيل
المكفوفين قد اتخذ في الوقت الراهن مفهوما جديدا فأصبح تأهيلا اجتماعيا
مهنيا لهم بعد أن كان مجرد « تدريب مهني » على حرف تقليدية ٠ ويهدف هذا
التأهيل الى تمكين المعوق بصريا من مزاولة العمل الذي يتناسب مع ما تبقى
له من قدرات وامكانيات (بعد الاستعانة بالوسائل التعويضية كالنظارات
والعدسات التلسكوبية) مع معاونته على التكيف النفسى والاجتماعى
والاقتصادى وفقا للظروف المحيطة به في المجتمع ٠

ويلخص الدكتور محمد عبد المنعم نور مشكلات المعوقين بصريا التي يلزم
الاهتمام بحلها حتى تنجح رسالة التأهيل الاجتماعى المهني لهم فيما يلي (١) :

(١) محمد عبد المنعم نور ، تأهيل المكفوفين وضعاف البصر ، المرجع
السابق ٠

(اولا) مشكلات فردية :

أ - المشكلات الطبيعية ؛ وتعمل في استعادة اللياقة البدنية وتوفير الأجهزة التعويضة والنظارات والعدسات التلسكوبية التي قد تؤدي الى أى تحسين فى درجة الابصار .

ب - المشكلات النفسية ؛ وتعمل فى الاهتمام بالعوامل النفسية ومعاونة التكيف على التكيف الاجتماعى .

ج - المشكلات التعليمية ؛ وتعمل فى افساح فرص التعليم المتكافىء لمن هم فى سن التعليم من المعوقين بصريا ، مع وجود الاهتمام بتعليم الكبار .

د - المشكلات التدريبية ؛ وتعمل فى فتح مجالات التدريب تبعاً لمستوى المهارات .

(ثانيا) مشكلات اجتماعية :

أ - مشكلة العلاقات ؛ وتعمل فى توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتوعية المجتمع بأحواله وامكاناته .

ب - المشكلات التدعيمية ؛ وتعمل فى الخدمات المساعدة المادية والترفيهية وامتيازات الانتقال والاتصال . ومن الامتيازات التى تقرر فى ج . ع . م ثم أخذت بها البلاد العربية الأخرى ، تشريع اعفاء الرسائل والكتب المكتوبة بالخط البارز من الرسوم البريدية ، كما صدر القانون رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ الذى يحتم على أصحاب المصانع والمؤسسات تشغيل نسبة ٢ ٪ من « المعوقين » فى حالة استخدامهم لما يزيد عن ٥٠ عاملاً .

ج - المشكلات الثقافية ؛ وتعمل فى توفير المواد والأدوات والوسائل الثقافية كالكتب البارزة وغيرها .

د - المشكلات الأسرية ، وتعمل فى تمكين المعوق من الحياة الأسرية

الصحيحة والاهتمام بالحالات التي يكون فيها لدى كل من الزوج والزوجة أو أحدهما عائق بصرى .

(ثالثاً) مشكلات مهنية :

أ - المشكلات التوجيهية : وتعمل فى تهيئة سبل وأنساب التوجيه المهني السديد لمن يتم اعدادهم وتدريبهم .

ب - المشكلات التشريعية : وتعمل فى اصدار التشريعات التي تهيء للقيام بتشغيل المعوقين بصريا وتسهل حياتهم فى المجتمع .

ج - مشكلة الحماية : وتعمل فى انشاء المصانع المحمية من المنافسة .

د - مشكلات الاندماج : وتعمل فى توفير فرض العمل والتفاعل مع بقية المواطنين ومكافحة الانعزالية فى شتى صورها .

وقد نشطت فى الجمهورية العربية المتحدة حركة تشغيل المعوقين بعد صدور قانون العمل رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ مما أدى الى آثار واضحة فى مكافحة ظاهرة التسول . وفى تجربة بإشراف الدكتور محمد عبد المنعم نور أمكن تأهيل جوالى ألفين من المكفوفين فى المدة من ١٩٦٣ الى ١٩٦٥ حيث استحدثت فى هذه التجربة أعمال ومجالات مهنية جديدة للمكفوفين .

وفيما يلى قائمة بأنواع المهن التي تم تأهيل المكفوفين عليها فى هذه التجربة (١) :

١ - تجميع الثلاثات

٢ - تجميع البوتاجاز .

(١) محمد عبد المنعم نور ، تأهيل المكفوفين وضعاف البصر ، المرجع

- ٣ • تجميع الدراجات •
- ٤ • تجميع الكوالين والاقفال •
- ٥ • تجميع الغسالات الكهربائية •
- ٦ • تجميع المكانس الكهربائية •
- ٧ • تجميع المفصلات •
- ٨ • تجميع عدادات المياه والكهرباء •
- ٩ • تجميع السباليونات •
- ١٠ • تجميع القطارات •
- ١١ • أعمال إزالة الرايش •
- ١٢ • أعمال الأدوات الكهربائية •
- ١٣ • الانتاج المدنى بالمصانع الحربية •
- ١٤ • أعمال التوصيلات الكهربائية •
- ١٥ • أعمال صيانة السيارات •
- ١٦ • أعمال تركيب الموتورات •
- ١٧ • الدهان بالدوكو •
- ١٨ • تجميع منتجات البلاستيك •
- ١٩ • أعمال التعبئة والتغليف •
- ٢٠ • تفتيح العلب •
- ٢١ • تخريم الكرتون على الماكينة •
- ٢٢ • فرز الزجاج •
- ٢٣ • تنظيف الزجاج •
- ٢٤ • أعمال النجارة •
- ٢٥ • أعمال المخازن •

- ٢٦ أعمال البرادة
- ٢٧ أعمال السباكة
- ٢٨ أعمال السنفرة
- ٢٩ أعمال السمكرة
- ٣٠ أعمال الحياكة للأقمشة السميكة
- ٣١ أعمال عد الثياب
- ٣٢ تفصيل القوط ذات الاهداب
- ٣٣ أعمال الكى
- ٣٤ أعمال التريكو
- ٣٥ أعمال انتاج الغزل
- ٣٦ أعمال الحشو والتنجيد
- ٣٧ أعمال النسيج
- ٣٨ السجاد والكليم
- ٣٩ أخصائى تدليك
- ٤٠ أخصائى شئون قانونية
- ٤١ مهندس سيارات
- ٤٢ أعمال السكرتارية
- ٤٣ الترجمة
- ٤٤ الآلة الكاتبة
- ٤٥ التليفون
- ٤٦ تدريس البرايل (الخط البارز)
- ٤٧ الاستعلامات
- ٤٨ التعليم العام

- ٤٩ الموسيقى •
- ٥١ شد واصلاح البيانو •
- ٥٢ الطباعة البارزة •
- ٥٣ صناعة الأحذية •
- ٥٤ صناعة الكريئة •
- ٥٥ الصناعات الجلدية •
- ٥٦ جدل الحبال والدوبار •
- ٥٧ أعمال النظافة •
- ٥٨ - أعمال الحدائق •
- ٥٩ أعمال الزراعة •
- ٦٠ تربية الدواجن •

المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين بالزيتون :

فى عام ١٩٥٢ وقعت الحكومة المصرية مع الأمم المتحدة (منظمة العمل الدولية) اتفاقا يقضى بإنشاء مركز نموذجى للمكفوفين فى الزيتون تكون له الصفة الاقليمية ، بحيث يهدف نشاطه لمصلحة مصر وغيرها من البلاد العربية •

وقد افتتح هذا المركز فى ديسمبر ١٩٥٣ ، وقام منذ ذلك التاريخ بتقديم أنواع شتى من الخدمات وأوجه الرعاية للمكفوفين • ويشتمل نشاط المركز على النواحي الآتية (١) :

(١) محمد نجاح السيد بسيونى ، تقرير عن المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين بالزيتون (ج٠ع٠م) ، الوثيقة رقم ٥ - أ فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية ١٩٦٩ » ، جامعة الدول العربية ، الإدارة الثقافية •

(١) مدرسة المركز ؛ التي تضم في الوقت الحالي ٢٧٥ تلميذا وطالبا بالمرحلة التعليمية الثلاث (الابتدائية والاعدادية والثانوية) . وقد تخرج في هذه المدرسة خمس دفعات ممن أتموا دراستهم الثانوية ، والتحق عدد منهم بالجامعات والمعاهد العليا .

(٢) التدريب المهني ؛ وقد قام المركز منذ عام ١٩٥٣ بتأهيل بضعة آلاف من المكفوفين على أنواع مختلفة من الصناعات ومجالات العمل منها التقليدية ومنها المستحدثة ، كما نجح المركز في تشغيل ١٥٠٠ كفيف في المصانع والمؤسسات والشركات تطبيقا لقانون تشغيل المعوقين ، وبذل الجهود لايجاد الأسواق اللازمة لتصريف منتجات المكفوفين . وقام أيضا بدراسات تحليلية واسعة في ميادين العمل المختلفة بهدف حصر المهن والأعمال التي يمكن للكفيف القيام بها تمهيدا لتضمينها في خطة التدريب المهني .

(٣) قسم الرعاية البيئية والمنزلية ، وتشمل خدمات هذا القسم التي امتدت الى ٥٥٠٠ كفيف وكفيفة ، بحث أحوال المكفوفين في المناطق التي يعملون بها وحل مشاكلهم الاجتماعية ، وتنظيم خدمات جماعية للترفيه عن المكفوفين وتشجيعهم على ممارسة الهوايات وتنظيم أوقات الفراغ ، وتعليم طريقة برايل لبعض المكفوفين في منازلهم ، وتوجيه المكفوفين الى الاستفادة من الخدمات المختلفة القائمة في بيئتهم ، الى غير ذلك .

ومن الجهود الهامة لهذا القسم افتتاح « معهد للاعداد الموسيقي » في عام ١٩٦٤ يضطلع بتنمية القدرات الموسيقية في منهج نظامي مدته أربع سنوات . ويضم هذا المعهد في الوقت الراهن ٥٨ طالبا .

(٤) قسم الطباعة والنشر بالخط البارز ؛ ويقوم هذا القسم بطباعة الكتب الدراسية والثقافية والأدبية والعلمية ، وقد توج عمله بطباعة القرآن الكريم في ست مجلدات وطباعة القاموس المصري « انجليزى - عربى » .

ويصدر قسم الطباعة مجلة شهرية ومجلة أخرى للأطفال ، كما يصدر عددا دوريا كل ثلاثة شهور من مجلة « الدراسات الجديدة » المخصصة لطلاب الجامعة ومن في مستواهم .

وعلى الرغم من ارتفاع تكاليف طباعة الكتب البارزة فإن المركز يوفرها للمكفوفين بأسعار رمزية . . . وما يذكر أن هيئة الأمم المتحدة أهدت إلى المركز مطبعة للطباعة البارزة في عام ١٩٥٣ ، وأن مكتبة المركز تحتوى على ٦٠٠٠ مجلد وكتاب بارز بخلاف الكتب الناطقة المسجلة على اسطوانات .

(٥) اعداد الأخصائيين العرب في ميدان رعاية المكفوفين ، يستقبل المركز في كل عام مبعوثين ومبعوثات من سائر البلاد العربية للدراسة والتدريب على رعاية المكفوفين واعداد القادة الذين يعملون في الميدان .

وقد نظم المركز ١٣ دورة مدة كل دورة منها عام دراسي كامل ، وتخرج في هذه الدورات ٣٠٠ مبعوثا تحت اشراف جامعة الدول العربية .

كذلك يتعاون المركز مع وزارة التربية والتعليم في تنظيم دراسات تهدف الى اعداد مدرسي المرحلتين الاعدادية والثانوية للمكفوفين . وقد تم اعداد أربع دورات تدريبية تخرج فيها ٣٥ مدرسا يعملون في مدارس المكفوفين في الجمهورية العربية المتحدة .

ويتعاون المركز أيضا مع المعاهد العليا للخدمة الاجتماعية وأقسام الاجتماع بكليات الآداب في تدريب طالباتها وطلبتها في مجال الرعاية الاجتماعية للمكفوفين .

مشروعات التأهيل الجديدة :

وهناك مشروعات جديدة لتأهيل المكفوفين يهتم بها المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين ، وتشرف عليها وزارة الشؤون الاجتماعية (الادارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين) . ومن أهم هذه المشروعات ، مشروع

المعينات البصرية الذى يهدف الى تهيئة فرص جديدة أمام من تبقى لهم قدر يسير من البصر يتيح لهم الافادة من استخدام عدسات تلسكوبية لاصقة وغيرها مما يوفره التقدم العلمى الحديث .

ومن هذه المشروعات أيضا تأهيل المكفوف فى البيئة الريفية ، ويتضمن المشروع معاونة فاقدى البصر على مزاولة نشاط مشر ببيئاتهم الريفية ، وذلك بعد الدراسة الاجتماعية والنفسية لحالاتهم وتقدير مدى صلاحيتهم للعمل فى محيط الريف فى الزراعة أو تربية الماشية والدواجن أو الصناعات البيئية الريفية .

الصم وضعاف السمع

يعرف الطفل الأصم من الناحية الطبية بأنه ذلك الطفل الذى حرم حاسة السمع - حرمانا تاما - منذ ولادته - أو ذلك الذى فقد القدرة السمعية قبل تعلمه الكلام ، أو الذى فقدما بمجرد تعلمه الكلام مما أدى الى سرعة فقدانه لآثار التعليم (١) .

وتتقرن الاعاقة السمعية عادة بالقصور الشديد فى اكتساب اللغة وتعلم الكلام . . . و فاكساب الطفل العادى اللغة عملية تعتمد أساسا على القدرة على السمع وعلى محاكاة ما يسمع وهذا ما حرم منه الطفل الأصم . و اكتساب اللغة يسير فى خطوات معينة ، فالطفل يبدأ محدثا أصواتا مختلفة ويشعر بارتياح وسعادة لما يسمعه من أصوات يحدثها ، بعد هذا تأتى مرحلة تقليد الكلمات التى يسمعها والتى يشعر بأنها تسر أمه وأباه فيكررها لاسعادهما أما الطفل الأصم فهو أيضا يبدأ محدثا بعض الأصوات (اذا لم يكن هناك عيب فى الصوت) غير أنه لا يستمتع بما يحدثه من أصوات نتيجة لعجزه السمعى ، وسرعان ما ينقطع الطفل عن احداث هذه الأصوات الا اذا وجد ممن حوله من يشجعه ويكافئه على الاستمرار فى احداثها . (٢)

ويستخدم جهاز قياس السمع Audiometer واختبارات السمع الأخرى فى استخراج حدة السمع لكل أذن على حدة ، كما تجرى للطفل اختبارات خاصة لتقدير قدرته على الكلام . وفى ضوء هذه النتائج يتقرر ما اذا كان الطفل يحتاج الى استخدام جهاز سمعى ونوع هذا الجهاز ، وكذلك نوع الأسلوب الذى يفضل فى تعليمه وما اذا كان يحتاج الى تدريب

(١) مصطفى فهمى ، التربية الخاصة للصم وضعاف السمع ، الوثيقة رقم ١١/ب فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية ١٩٦٩ » ، جامعة الدول العربية ، الادارة الثقافية .

(٢) يوسف محمود الشيخ وعبد السلام عبد الغفار ، المرجع السابق ،

سمعى أو تدريبات كلامية أو تعليم علاجى أو الى استخدام طريقة قراءة الشفاه الخ . .

وباستثناء ضعاف السمع من الدرجة الطفيفة (الذين تقع عتبة سمعهم بين ٢٠ و ٤٠ وحدة صوتية أقل من العادية ، والذين يمكن الإبقاء عليهم فى الفصول المعتادة مع اجلاسهم فى المقاعد الأمامية) فان الصم - كليا أو جزئيا - يحولون عادة الى معاهد خاصة يطلق عليها فى ج.ع.م « معاهد الأمل » أو فصول خاصة بهم تلحق ببعض المدارس الابتدائية العادية .

وهناك من يعارض هذا الاتجاه ، ويرى أن عزل الطفل الأصم يباعد بينه وبين المجتمع ولا يساعد على تغلبه على آثار إعاقته . وينادى أصحاب هذا الرأى بأن يكون العزل - اذا اقتضته الضرورة - لفترة مؤقتة وكمرحلة تدريجية يجب أن تنتهى الى ادماج الطفل فى فصل العاديين بعد تهيئته اللازمة لذلك . وهذا هو الرأى الذى يأخذ به « معهد السمع والكلام » فيما يجريه من تجارب على الأطفال الصم ، وهو المعهد الذى أنشئ منذ سنتين تقريبا بامبابه وقامت حكومة الدانيمارك باعداده وتجهيزه بأحدث الأجهزة وفق اتفاقية خاصة .

الخصائص النفسية للمعوقين سمعيا :

أجريت دراسات عدة على الصم وضعاف السمع بغرض التعرف على تأثير الإعاقة السمعية على شخصية الطفل وعلى المظاهر المختلفة للإعاقة .

ومن هذه الدراسات فى ج.ع.م* بحث حديث لدرجة الماجستير قامت به فى قسم الصحة النفسية بكلية التربية بجامعة عين شمس ، السيدة زينب محمود اسماعيل (١) على مائة طفل (متوسط أعمارهم ١٤ سنة) بينهم

(١) زينب محمود اسماعيل ، دراسة مقارنة بين الأطفال الصم وعاديين السمع من حيث الاستجابات العصبية ، رسالة للحصول على درجة الماجستير فى التربية (قسم الصحة النفسية) كلية التربية بجامعة عين شمس ، القاهرة ١٩٦٨ (غير منشورة) .

٧٠ من الصم و ٣٠ من ضعاف السمع، حيث قارنت بين خصائصهم الشخصية ومثيلاتها لدى مائة طفل من عادى السمع يتشابهون مع الأولين في ظروف السن والتعليم والبيئة الاجتماعية بوجه عام .

وقد تبين من نتائج هذا البحث أن المعوق سمعيا يعاني من الشعور بالنقص والدونية بدرجة أوضح كثيرا منها لدى عادى السمع ، وأن هذا الشعور بالنقص يزداد مع زيادة درجة الاعاقة . . . وكانت من الصفات البارزة الأخرى للمعوق سمعيا ميله الواضح إلى الانزواء والانسحاب من المجتمع وما يصاحب ذلك من ظاهرة الاغراق فى أحلام اليقظة . كما يعاني المعوق سمعيا من سوء التكيف العائلى ومن الاخفاق فى إقامة علاقات ناجحة مع الآخرين بوجه عام وعلى الأخص من عادى السمع .

والصورة العامة التى يقدمها هذا البحث للأصم وضعيف السمع هى : أقرب إلى صورة الشخص غير الناضج وجدائيا واجتماعيا ، بل هى صورة أقرب إلى صورة الشخص العصائى فى كثير من السمات !! فقد أظهر البحث أن المعوق سمعيا يعاني بدرجة زائدة من القلق والخجل والتبرم وسورات الغضب والمخاوف المرضية والشك فى الناس وعدم القدرة على تحمل المسئولية . . . وتزداد هذه السمات فى حديثها لدى الشخص الأصم منها لدى ضعيف السمع .

وتعزز البحوث والدراسات التى أجريت فى الخارج هذه النتائج إلى حد كبير ، حيث تكاد تجمع على أن الأطفال الصم أقل توافقا من غيرهم - سواء فى ذلك التوافق المدرسى أو العائلى - كما يشير بعض الدراسات إلى ارتفاع درجات الصم فى مقاييس العصائية وعدم الثبات الانفعالى ، ويشير بعضها الآخر إلى ابتعاد مستويات الطموح عند الصم عن الواقعية فهى إما عالية جدا أو منخفضة جدا ، كما يشير بعضها أيضا إلى أن الأطفال الصم أكثر جودا -

في أقل مرونة - من الأسوياء في بعض الأعمال (١) .

وتلك نتائج دراست أخرى على أن الأطفال الصم يميلون إلى الانسحاب من المجتمع وإلى الانسحاب السريع المباشر لحاجاتهم ، وأنهم أظهروا عجزاً ونقصاً في قدرتهم على تحمل المسئولية وفي التضج الاجتماعي ، وأنهم - كمجموعة - يعانون من مشكلات سلوكية ذات طابع خاص كالعدوان والسرقة والرغبة في التنكيل وإيذاء الآخرين (٢) .

أما عن تأثير الإعاقة السمعية على النمو اللغوي وعلى التحصيل الدراسي ، فقد تبين من بعض الدراسات أن الأطفال في مدارس الصم متأخرون عن أقرانهم في المدارس العادية بما يعادل ٢ - ٥ سنوات . وظهر أيضاً من بعض الدراسات أن ذكاء المعوقين سمعياً يقل بوجه عام عن ذكاء عاديي السمع ، إلا أن دراسات أخرى شككت في هذه النتائج . ولعلنا لم نصل إلى الآن إلى اختبار للذكاء يعبر تعبيراً صحيحاً عن ذكاء الأصم وضعيف السمع ، ويتيسر بنفس الوقت استخدامه مع العاديين بشكل صحيح وفي ظروف متساوية حتى تصبح المقارنة بين هؤلاء وأولئك !! (٣)

تعليم الصم في ج . ع . م :

تقتصر « معاهد الأمل » ، الخاصة بتعليم الصم في الجمهورية العربية المتحدة : على تعليمهم الابتدائي فقط مع التخصص المهني في بعضها وهي المعاهد الآتية :

- معهد الأمل بالمطرية ، والتخصص المهني : ٦ ش الملك الكامل - المطرية

(١) يوسف محمود الشيخ وعبد السلام عبد الغفار ، المرجع السابق ، ص ١٦٧ - ١٦٨ .

(٢) مصطفى فهمي ، مجالات علم النفس ، المجلد الثاني ، ص ٧٦ - ٨٣ .

(٣) صموئيل مغاريوس ، مظاهر الإعاقة المختلفة وطرق الكشف عنها ، الوثيقة رقم ٦ في « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين في البلاد العربية ١٩٦٩ » ، جامعة الدول العربية ، الإدارة الثقافية .

- معهد الأمل بحلوان : ٦٠ ش رياض - حلوان .
- معهد الأمل بشبين الكوم : ٢٢ ش الامام الشافعى - شبين الكوم .
- معهد الأمل بالمنصورة : البحر الصغير - المنصورة .
- معهد النور والأمل بالسويس : ١ ش صلاح الدين - السويس .
- معهد الأمل بالاسماعيلية : ١٢٨ ش التحرير - الاسماعيلية .
- معهد الأمل والنور بالاسكندرية : آخر شارع عزمى - جناكليس
- معهد الأمل للبنات بالحضرة ، والتخصص المهني : ش المفتش بالحضرة الاسكندرية .
- معهد النور والأمل ببني سويف : ش سعد زغلول - بني سويف .
- معهد النور والأمل بالفيوم : الفيوم .
- معهد الأمل بالمنيا : كفر المنصورة - المنيا .
- معهد النور والأمل بأسيوط : شارع الميثاق - أسيوط .
- فصول الأمل بسوهاج : طهطا .

هذا فضلا عن معهد حر هو (معهد الأمل القومى - ٢٤ شارع مصر والسودان - القبة - القاهرة) .

وتبلغ جملة فصول الابتدائي بالمعاهد الحكومية ١٣٥ فصلا تضم ١٣٨٠ تلميذا بحسب آخر احصائية « لخدمات الادارة العامة للتربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم فى مجالات المعوقين » والصادرة فى بداية عام ١٩٦٩ ، كما تبلغ فصول التخصص المهني للصم ٣٤ فصلا تضم ٤٢٦ من التلاميذ .

وليست المشكلة هنا هى مشكلة الأرقام فقط ، حيث يفيد تعداد عام ١٩٦٠ أن الصم يبلغون ١٨٠٥٣ نسمة فى الجمهورية ، لعلمهم وصلوا الى أكثر من ٢٢ ألفا فى الوقت الحاضر بمراعاة نسبة تزايد السكان (منهم حوالى خمسة آلاف طفل فى سن المدرسة الابتدائية) كما أن « ضعف السمع » بين تلاميذ

وتلميذات المرحلة الأولى قى البحث الذى أجرته الإدارة العامة للصحة المدرسية عام ١٩٥٤ (١) بلغ عددهم فى منطقة القاهرة الشمالية وحدها ٣١٢ تلميذا وتلميذة وفى منطقة القاهرة الجنوبية ٢٢٠ تلميذا وتلميذة .

نقول ليست المشكلة مشكلة الأرقام وحدها ، وإنما المشكلة أن هناك اتجاهها رجعيا بالنسبة للصم يرى أنه يحكم نوع اعاقاتهم ومشكلاتهم السلوكية الخاصة التى تنأى بهم بعيدا عن المجتمع ، فلا داعى لأن يتعلموا أكثر من التعليم الابتدائى وينبغى أن يعدوا بعد ذلك لنوع خاص من التعليم يقوم أساسا على العمل اليدوى وعلى التخصص المهنى الذى يمكنهم من كسب قوتهم عن طريق حرفة فنية أو عملية . ولعل هذا الاتجاه يتضح عند المقارنة بين تعليم المكفوفين وتعليم الصم فى الجمهورية العربية المتحدة ، فبينما أنشئت للمكفوفين المعاهد الاعدادية والثانوية وتخرج بعضهم فى الجامعة فعلا ، نجد أن الصم لم تنشأ لهم سوى معاهد ابتدائية ومعاهد للتخصص المهنى ولم يخطط لتابعاتهم للتعليم العام والتعليم العالى بعد ذلك !!

على أن الاتجاه الحديث فى تعليم الصم وتربيتهم ينادى بأن تقدم لهم نفس المناهج التى تقدم الى العاديين بالإضافة الى ما يقدم لهم من مناهج خاصة ، وذلك على أساس الدراسات التى تشكك فى وجود علاقة حتمية بين الصم وبين الذكاء والتحصيل الدراسى ، والتى تؤكد أن الطفل الأصم يستطيع اذا أحسن توجيهه وتربيته أن يصل الى مستوى تحصيل يقترب من المستوى التحصيلي للطفل غير الأصم الذى يماثله فى ميوله ومستواه العقلى (٢) .

أما عن الاحتجاج بالمشكلات السلوكية العنيفة للأطفال الصم وبرغباتهم الانعزالية ونماذج شخصياتهم شبه العصابية ، والاستناد الى ذلك فى اعتبارهم

(١) مصطفى فهمى ، أمراض الكلام ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ص ١٠٨ .
(٢) يوسف محمود الشيخ وعبد السلام عبد الغفار ، المرجع السابق ، ص ٣٠٥ .

فئة لا تستحق من المجتمع أكثر من تعليمهم التعليم الابتدائي (في عزلة عن الآخرين) ومساعدتهم على الارتزاق من حرف محدودة - فهي حجة واهية لا يساندها المنطق الصحيح . ونرى - على العكس - أن هذه الأسباب تدعو الى زيادة الاهتمام بمشكلات الصم وتدعيم خدمات الارشاد النفسى بالنسبة لهم ومحاولة استئصال العوامل الاجتماعية التى تؤدى بهم الى أنماط السلوك التى اتخذوها لتحصنهم - فى رأينا - لا ضد الحدود التى تفرضها عليهم اعاقاتهم وحدها ، بل وبالدرجة الأولى ضد الاتجاهات الاجتماعية المعادية التى يبادئهم بها الآخرون وبعضهم من أقرب الناس اليهم !

ان الطفل الأصم ليس طفلا ضعيف العقل ، ولم يثبت أن اعاقته هى اعاقة ذهنية حتى يصبح مصيره التعليمى هو مصير ضعيف العقل الذى لا يستطيع أن يواصل التعليم العام بحكم طبيعة اعاقته . . . والطفل الأصم هو طفل عادى من حيث القدرات العقلية غير أنه يحتاج الى الوسائل المعينة والطرق التعليمية المناسبة حتى يستطيع أن يحسن استغلال هذه القدرات ! وفيما عدا القصير فى حاسة السمع فان هذا الطفل له من ميكانزمات الكلام ما للطفل العادى وان لم تتح له خبرات العادى المهيئة للكلام . . .

والأمر يقضى بأن توجه جهود علمية مركزة الى البحث العلمى فى هذا الحقل البكر ، وأن يخصص بعض هذه البحوث للجوانب الطبية من مشكلة الاعاقة السمعية والاعاقة الكلامية ، كما يخصص بعضها الآخر لدراسة تأثير الرعاية المبكرة على الاعاقة وعلى التكيف الشخصى الاجتماعى للأصم، ويخصص بعضها أيضا لمحاولات زيادة الوعى النفسى لدى آباء الأطفال الصم وتعديل اتجاهاتهم نحو أبنائهم . . فضلا عن البحوث المقارنة للأساليب والطرق المختلفة فى تعليم الصم وتكيفهم الاجتماعى .

ونشير بهذا الصدد الى الدليل القيم (١) الذى يوجه معلمى هذه الفئة من

(١) مصطفى فهمى وهدى براده ، دليل المعلم فى التربية السمعية والتدريب على تعليم الكلام ، دار مصر للطباعة ١٩٦٧ .

الأطفال الى عدد من الأساليب الحديثة فى تعليمهم وتوجيههم ، وبالأخص الى أسلوب مبتكر يستخدم « القصة » كوسيلة فى تعليم الصم .

معهد السمع والكلام :

من النقط المضيئة فى ميدان رعاية الصم وضعاف السمع فى الجمهورية العربية المتحدة والتي تبشر بوثة واسعة فى خدمات الرعاية والجهود المبذولة لهم فى المستقبل القريب ، « معهد السمع والكلام » بمستشفى النبوى المهندس بامبابه ، الذى أنشئ منذ سنتين وزود من الدانيمارك بأحدث الأجهزة العلمية - بعضها لاجراء الفحوص المختلفة فى السمع والكلام ، وبعضها للتدريبات والتصحيحات السمعية والكلامية ، وبعضها الثالث لتدريب المشرفين على تدريب الأطفال . ومن بين هذه الاجهزة أجهزة يسهل حملها ونقلها الى أى مكان خارج المعهد للاستخدام المباشر ، ومنها أيضا أجهزة لقياس السمع بطريقة جماعية ، أى لعدد من الأفراد فى وقت واحد ، مما يصلح استخدامه داخل الفصول الدراسية لاكتشاف ضعف السمع والصم من تلاميذ الفصل فى دقائق معدودة .

ومن أوجه النشاط التى يقوم بها المعهد الانتقال الى المدارس الابتدائية للكشف المبكر عن التلاميذ المعوقين سمعيا توطئة لوصف الأجهزة السمعية أو الاجراءات الخاصة المناسبة لهم أو لتحويلهم الى المعهد للعلاج ، وكذلك اجراء فحوص السمع على المرضى بحميات معينة قبل مغادرتهم المستشفى للتأكد مما يمكن أن تكون الحمى قد خلفته من آثار سمعية ، واجراء الفحوص أيضا على بعض مرضى مستشفيات الصدر الذين يعالجون بالستربتومايسين للغرض نفسه .

ويقوم المعهد ببحوث هامة فى الوقت الحاضر فى محافظة البحيرة تهدف الى دراسة تأثير بعض الحرف والمهن على السمع ، وبحث آخر حول تأثير الضوضاء على سائقى القطارات .

ومن مشروعات المعهد الشبكة التنفيذ انشاء دار للحضانة مستقلة للصم

من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وست سنوات ، على اعتبار أن رعايتهم المبكرة في هذه المرحلة يمكن أن تتلافى القصور في المجال اللغوي والمضاعفات الحسية والشخصية المترتبة على الإهمال والمعاملة الخاطئة ، وأنه من الممكن بذلك تهيئة غالبية الأطفال للالتحاق بعد ذلك بالمدرسة الابتدائية العادية ..

ومن مشروعات المعهد أيضا أن تمتد خدماته في التشخيص الى دور رعاية الطفل لاكتشاف الأطفال المعوقين سمعيا وهم بعد في الأيام الأولى من العمر ! ونرى أن هذه الباكورة المشرفة من النشاط والخدمات تحتاج الى مواءمة ومؤازرة جميع الجهات المعنية ، وخاصة في تنسيق البحوث العلمية في ميدان الصمم وضعاف السمع بحيث تشمل جميع نواحي شخصية الأطفال وبحيث يشترك فيها الخبراء من سائر التخصصات ذات العلاقة •

فوق العاهات البدنية

الى جانب الاعاقة البصرية والاعاقة السمعية اللتين خصصناهما بجانب كبير من حديث الاعاقة البدنية ، بالنظر الى الأعداد الضخمة للمعوقين بهاتين الاعاقتين بدرجات مختلفة وبالنظر كذلك الى الاعتبارات التعليمية الخاصة المتعلقة بهما - الى جانب هاتين الاعاقتين المتصلتين بالحس ، هناك أنواع شتى من العجز البدني والعاهات البدنية التي ترعاها في الجمهورية العربية المتحدة مكاتب أو مراكز خاصة للتأهيل الاجتماعي تابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية . . بعض هذه العاهات يتصل بالحس وبعضها الآخر يتصل بأعضاء الحركة ، ومنها ما يولد به الطفل ومنها ما يصاب الانسان به في أى عمر !

وقد بلغ عدد مكاتب ومراكز التأهيل الاجتماعي للمعوقين بدنيا في عام ١٩٦٧/١٩٦٦ (وهو آخر احصاء أمكننا الحصول عليه) (١) عشرين مكتبا للتأهيل وخمسة مراكز تأهيلية موزعة على سائر محافظات الجمهورية باستثناء الاسماعيلية والبحر الأحمر والوادي الجديد ومرسى مطروح وسيناء . وثمة أربعة مصانع لتشغيل المعوقين ، منها مصنعان بالقاهرة وثالث بالاسكندرية ورابع بدمياط .

وقد انتفع بالخدمات المتنوعة لمكاتب ومراكز التأهيل في عام ١٩٦٧/١٩٦٦ عدد ٨٢٠٨ فردا من كبار وصغار وذكور وإناث ، تتراوح عاهاتهم بين أطراف عليا مبتورة الى أطراف سفلى مبتورة الى أنواع مختلفة من الشلل والجزام والدرن والعمى والصمم ، الى الحالات التي تجمع بين عاهتين أو أكثر .

وتدل الاحصاءات على أنه قد صرف لهؤلاء ٩٢٣٧ من الأجهزة المختلفة ، منها الأذرع والأرجل الصناعية وعجلات المقعدين وأجهزة الشلل والأسنان الصناعية

(١) الكتاب السنوي للاحصاءات الاجتماعية ، وزارة الشؤون الاجتماعية - إدارة الاحصاءات الاجتماعية ، القاهرة ، يناير ١٩٦٨ .

والنظارات وأجهزة السمع وأجهزة أخرى طبية وغيرها .. فضلا عن العلاج الطبيعى والتدريبات والخدمات العلاجية المختلفة للحالات .

كذلك تم تدريب أكثر من أربعة آلاف من ذوى العاهات على أنواع الحرف الآتية :

سمكرة - جلود - نجارة - نسيج وسجاد - خراطة وسياكة - برادة ومعادن - آلة كاتبة - ميكانيكى - خياطة وتطريز - كهربائى - صناعة الكراسى - ترزى - بلاستيك ومقشآت رز - أسترى - صناعات زراعية - مناحل - صناعة الخوص والقش - منتجات أدوات النظافة - مطبعة - أسنان - تربية فنية - تربية زراعية - وحرف أخرى .

وربما كان من أفضل مراكز التأهيل اعدادا وتجهيزا « مركز التأهيل المهنى للمحاربين القدماء » بالعجوزة ، وهو يخدم حالات مشوهى الحرب كما يخدم غيرهم أيضا . ويشتمل هذا المركز على أحدث أجهزة التدليك والتدريبات العضلية والعلاج الطبيعى ، فضلا عن حمامات « السونا » وحمامات السباحة الفردية والجماعية . وبه مصنع كبير لتجهيز الأطراف الصناعية وفق المواصفات المطلوبة . ويحتوى المركز كذلك على عدد غير قليل من الأجهزة والاختبارات السيكولوجية لقياس القدرات العقلية والمهارة اليدوية والتأزر الحركى وبالمركز أيضا عدد من الورش لتدريب المعوقين على بعض أنواع الحرف والصناعات اليدوية والفنية .

الخصائص النفسية لذوى العاهات :

فى الدراسة المثيرة التى أجراها الدكتور مختار حمزة (١) فى ج . ع . م على

(١) الوكيل الحالى لوزارة الشئون الاجتماعية وأستاذ علم النفس السابق بكلية البنات بجامعة عين شمس . وقد اشتغل بالتأهيل المهنى للعجزة وذوى العاهات فترة طويلة ، كما قاد عددا من البحوث والدراسات النفسية الميدانية الهامة .

أكثر من مائة حالة من أصحاب عاهات متباينة توصل الى أن « الجانب العاطفي في مشكلة ذوى العاهات أهم بكثير من باقى النواحي الأخرى ، فاختلال النواحي العاطفية ، ونظرة المصاب الى نفسه ، ونظرة الناس اليه ، واتجاه أصحاب الأعمال وغيرهم نحوه تتخذ المكان الأول في المشكلة . وأما العاهة نفسها أو العجز الجسمي أيا كان ، وإن كان هو الأساس إلا أنه يتخذ موقعا جانبيا ويصبح فى هامش الصورة ، (١) . كما كان من نتائج هذه الدراسة أيضا أن « ما لا يقل عن ٤٠٪ من ذوى العاهات يعتبر سلوكهم عاديا بل قد يفوق المستوى العادى فى بعض الأحيان » ، وأن السلوك الشاذ لأغلب الباقين لا يختلف كثيرا عن السلوك الشاذ للأشخاص العاديين . وعلى الرغم من أن سلوك بعض ذوى العاهات يغلب عليه الخجل الشديد والشعور بالنقص والانسحاب ، « إلا أن منهم أيضا من هو على النقيض من ذلك تماما » . ومن النتائج الهامة أيضا أن نسبة السلوك الشاذ فى حالة المصابين بعاهات منذ آجال طويلة كانت أكبر منها عند المصابين حديثا ، وأن محاولات الربط بين أنواع السلوك وأنواع العاهات أدت الى نتائج سلبية ، « فلم تكن هناك صفات مميزة لمبتورى الذراع الأيمن مثلا ، !

ومؤدى هذه النتائج أن كل حالة من حالات ذوى العاهات يجب أن تؤخذ على أنها حالة فردية ، وأن تدرس فى ضوء الخصائص الشخصية لصاحب هذه الحالة . كما أن مبتورى الذراع الأيمن مثلا - وإن اشتركوا فى هذه العاهة - يختلفون من حيث التفاصيل ، فمن الجائز أن يكون الذراع مبتورا من تحت الكوع أو من فوق الكوع أو فى أى جزء من الذراع ، كما أن البتر من فوق الكوع بجانب ذراع أيسر قوى وساقين متينتين يختلف عن حالة البتر فى نفس المكان ولكن فى صورة جسمية واطار مختلف .

ويترتب على هذه النتائج أيضا أن تأهيل ذوى العاهات لا ينبغي أن يقتصر

(١) مختار حمزة ، « تأهيل العجزة وذوى العاهات » فى الكتاب السنوى فى علم النفس ، القاهرة ١٩٥٤ ، ص ١١٩ - ١٥٦ .

على التأهيل المهني وحده ، دون أن يعمل على تعديل نظرة صاحب العاهة الى نفسه وعلى تعايشه السلمي مع عاهته ومع المجتمع من حوله .

يقول حمزه : « التأهيل يرمى أول ما يرمى الى استثارة عاطفة اعتبار الذات . عند العميل بشتى الوسائل ، كما أنه يعمل على أن يساعد العميل نفسه بنفسه ما استطاع الى ذلك سبيلا ، وأن يكون له رأى هام فى وضع الخطة لنفسه فى التأهيل ، فما يراه وما يعتقد أنه يجب أن يكون له المكان الأول ، فان الخطة التى يرسمها بنفسه يحترمها وتسعده أكثر من تلك التى يرسمها له أخصائى التأهيل ، (١) » .

ويردف : « تقابل أحيانا نوعا من العملاء ممن لا يبدى - فى الظاهر - أى اكتراث بما أصابه ويميل الى الاستهتار بجميع المجهودات التى يستطيع أن يؤديها اليه سائر الاخصائيين ، كتوقيع الكشف الطبى أو تركيب بعض الأطراف الصناعية أو رسم خطة لمشروع تجارى يناسبه أو البحث عن مكان للتدريب على احدى الصناعات الملائمة أو تشغيله فى مكان يرتزق منه ، أو غير ذلك من الخدمات الهامة . ويقتصر همه كله على الحصول على أكبر مبلغ من المال تسمح به النظم الحكومية لينفقه فى مشروع وهمى ، ثم يطالب مكاتب الضمان الاجتماعى بمعاشات شهرية ، أى أنه يتكل على غيره وهؤلاء لا يتقبلون فكرة التأهيل الا بعد مجهودات يبذلها الاخصائى النفسى مع كل منهم لكن يبعث فى نفسه اعتبار الذات وضرورة التعاون الصادق مع كل من يتقدم لخدمته ، » .

التأهيل المهني لذوى العاهات :

لا يختلف التأهيل المهني للمعوقين ، من حيث المبدأ ، عن التأهيل المهني لغيرهم . والمبدأ هو الموازنة بين متطلبات مهنة معينة وخصائص ومميزات فرد من الأفراد . ويقتضى هذا أمرين :

(١) مختار حمزة ، سيكولوجية ذوى العاهات ، مؤسسة التأهيل المهني بالقاهرة ، ١٩٥٦ ، ص ٤٤ .

(أ) تحليل المهن والحرف المختلفة (باستخدام الأساليب الموضوعية في ذلك) الى المهارات والقدرات المتطلبة فيها ، من حسية وحركية وذعنية ووجدانية واجتماعية . . ويشترك في القيام بهذا التحليل الفنيون وأخصائيو الصناعات والمهن ، كما يشترك فيه أخصائيو القياس النفسى لوضع الاختبارات اللازمة لقياس كل ناحية من النواحي بحسب الأصول المتبعة في عمل الاختبارات .

(ب) تحليل الفرد المطلوب تأهيله أو توجيهه مهنيا (باستخدام الاختبارات السيكولوجية لقياس الأداء والقدرات والميول والاتجاهات والنواحي المزاجية والانفعالية ، وباستخدام المقابلة والأساليب الأخرى في الكشف) للتعرف الدقيق على خصائصه النفسية والاجتماعية ، واجراء الفحوص الطبية والمقاييس البدنية للكشف عن قابلياته واستعداداته الجسمية كذلك .

بعد ذلك لا يصبح عسيرا مزاجية فرد لمهنة أو مزاجية مهنة لفرد !

وزيادة في التأكيد ، بل ان هذه خطوة واجبة ، يوضع الفرد موقف الاختبار الفعلي أى في ظروف العمل نفسه لفترة تجريبية ، يعاود بعدها الأخصائيون النظر في تقريرهم السابق عنه لاستكمال أو تعديله أو تثبيته .

وبالنسبة لذوى العاهات لا يزال المبدأ السابق ساريا وكذلك ما يتفرع عنه من تفصيلات واجراءات تنفيذية ، الا أن الدراسة المستوفاة للشخص المعوق تتطلب اشتراك عدد كبير من الأخصائيين وتداولهم في الرأى لاستكمال الصورة التى كونها كل منهم عنه من زاويته الخاصة . . من هؤلاء الأخصائيين الطبيب ، والأخصائى النفسى ، وأخصائى التأهيل والأخصائى الاجتماعى وأخصائى الصناعات ، وغيرهم ممن احتكوا بالمعوق فى مركز التأهيل وقاموا بملاحظته لمدة كافية .

وهناك ملاحظة أخرى هامة بالنسبة لكتابة تقرير عن أحد ذوى العاهات ، فالأمر الطبيعى هو أن يلتفت الأخصائى أولا الى ناحية العجز ، بينما أن تقرير

مهنة مناسبة لهذا العاجز يتطلب منه أن يتنبه إلى نقط القوة وإلى التركيز على ما يستطيعه العاجز أو المعوق قبل التحدث عما لا يستطيعه !! وهناك قوائم خاصة بالمهارات والاستعدادات في كل ناحية من النواحي التي أعدت بواسطة متخصصين يمكن أن يستخدمها كل واحد من فريق التأهيل .. ومنها مثلا ما يطالب الطبيب بأن يوضح ما يستطيعه المعوق بالنسبة إلى المهارات الآتية : الوثب ، الجرى ، الانحناء ، الانبطاح ، الاضطجاع ، اللى ، الدفع ، الحمل ، الجلوس الطويل ، كثرة الوقوف ، الخ ..

مصانع تشغيل المعوقين :

تستهدف هذه المصانع - التي يوجد منها كما سبقت الإشارة أربعة في الجمهورية - تشغيل المعوقين الذين لا تمكنهم ظروفهم من العمل بالمصانع العادية لسبب عدم قدرتهم صحيا على العمل طوال الساعات المقررة ، أو الذين لا يقبلهم أرباب المصانع لسبب عجزهم أو عدم اجتيازهم درجة اللياقة الطبية المطلوبة ، وبذلك يمكن معاونتهم على أن يصبحوا عمالا منتجين بدلا من أن يكونوا عالة على المجتمع .

وهذه المصانع - المحمية - هي ملجأ الذين لم يسعفهم تطبيق القانون رقم ٩١ لعام ١٩٥٩ (والذي سبقت الإشارة إليه أيضا في موضع آخر) الذي ينص على توظيف العاجزين الذين تم تأهيلهم لدى أصحاب الأعمال الذين يستخدمون ٥٠ عاملا فأكثر في حدود ٢٪ من مجموع عدد عمالهم ، كما يتيح لهم التعيين في الوظائف العامة دون التقيد بشرط اللياقة الطبية .

الارشاد النفسى لنوى العاهات :

ان كلا من التأهيل المهني لنوى العاهات وتشغيلهم أو توظيفهم يعتبر جانبا هاما - دون شك - من رعايتهم ولكنه لا يمثل بأية حال جميع جوانب هذه الرعاية !

فالمشكلة بالنسبة لصاحب العاهة ، ليست مشكلة حادث ترام تسبب عنها
بتر الذراعين أو الساقين ، وهي ليست مشكلة فقد عمل ومحاولة الحصول
على عمل آخر مناسب ، وإنما هي مجموعة من المشاكل أهمها جميعا اتجاه
المصاب نحوها ، والصورة التي كونها عن نفسه وعن علاقته بالآخرين ، عن
آلامه وآماله ، عن مخاوفه ومشاعره (١)

وهذا يقتضى توفير خدمات الارشاد النفسى بل والعلاج النفسى على أرقى
المستويات التخصصية ، وهي مهمة تتطلب ممن يقوم بها أن يقدم أحسن
ما يصل اليه فنه ومهارته !

(١) مختار حمزة ، تأهيل العجزة وذوى العاهات ، المرجع السابق، ص ١٢٢

الفصل الخامس

رعاية الأحداث المنحرفين

الاهتمام برعاية الأحداث المنحرفين والمعرضين للانحراف اهتمام قديم في مصر : ومن الناحية التشريعية على الأقل ، فقد سنت لهم التشريعات والنصوص القانونية الخاصة ابتداء من سنة ١٨٨٣ . ومن بين القوانين الاجتماعية الهامة التي صدرت حماية للأحداث في عهد الثورة ، المرسوم بقانون رقم ١١٨ لسنة ١٩٥٢ الذي يحدد حالات سلب الولاية على النفس ، والقانون رقم ٤٢٧ لسنة ١٩٥٤ في شأن منع الأحداث من دخول دور السينما وما يماثلها لمشاهدة البرامج والأفلام المخصصة « للكبار فقط » (١) .

وقد ظل مفهوم رعاية الأحداث في مصر ردحا طويلا من الزمن قاصرا على ايداع الأحداث الجانحين في اصلاحيات خاصة تابعة لمصلحة السجون ، بهدف حماية المجتمع من شرورهم في المقام الأول ، وتأديبهم وتهذيبهم واصلاحهم في المقام الأخير ! . وأنشئت لهم أول اصلاحية بالاسكندرية في عام ١٨٩٤ وقد نقلت بعد ذلك الى الجيزة ، كما أنشئت أول اصلاحية للفتيات المنحرفات في حلوان في عام ١٩٠١ ونقلت للجيزة أيضا . ثم أنشئت بعد ذلك اصلاحيتان أخريان احدهما بالمرج والأخرى بالقناطر الخيرية ، وقد ألحق بهذه الأخيرة مصنع للغزل .

وربما كانت الخطوة الأولى التي نقلت مفهوم رعاية الأحداث من نظام الإصلاحات الى نظام العلاج في البيئة الطبيعية ، ما قامت به « الجمعية

(١) يمكن الاطلاع على هذه القوانين والتشريعات في كتاب :
عبد العزيز فتح الباب ، انحراف الأحداث والوضع الحالي للنظم المتبعة
في علاجهم بمصر ، مطبعة لجنة التأليف والترجمة والنشر ، القاهرة ١٩٥٧ .
(م ٩ - الصحة النفسية)

المصرية للدراسات الاجتماعية ، في سنة ١٩٤٠ من انشاء أول مكتب للحكمة الاجتماعية لمحكمة الأحداث ، وكان بشارع حسن الأكبر بعابدين • وقد ساعد على انشاء هذا المكتب تخرج أول دفعة من الأخصائيين الاجتماعيين في تلك السنة ، واعترفت وزارة العدل بالمكتب رسميا في سنة ١٩٤٩ •

وقد سار هذا المكتب على نهج مناقشة الحالات التي تعرض على محكمة الأحداث بالاشتراك ما بين السيد رئيس المحكمة والأخصائي النفسي للمكتب (١) وأخصائييه الاجتماعيين • وكان الحدث يبت في أمره نتيجة لهذه الدراسة اما بوضعه في أسرته أو لدى عائل مؤتمن مع الاشراف عليه اجتماعيا أو بإيداعه في الإصلاحية • ولم يكن يرسل الى الإصلاحية عادة الا من ثبت من الدراسة النفسية والاجتماعية لحالته عدم صلاحية بيئته الطبيعية (أسرته) لرعايته •

وانتشر بعد ذلك أمثال هذا المكتب في عدد من المدن الكبرى بمصر ، وأصبح يسمى « دار الملاحظة » ، حيث كان الحدث يقيم في دار الملاحظة فترة من الوقت قبل أن تحين محاكمته • وخلال هذه الفترة تقدم الدار تقريرا نفسيا اجتماعيا عنه ، يضعه قاضي محكمة الأحداث عادة في المقام الأول من الاعتبار فيما يصدره من حكم •

ولقد تعددت في مصر جهود الهيئات الأهلية في حماية الأحداث والفتيات القاصرات •• ولعل من أهم هذه الجهود انشاء مؤسسة « للأمهات غير المتزوجات » بطرة في عام ١٩٤٧ ، وانشاء مؤسسة « لرعاية الأطفال المشردين » اتبع فيها نظام الأكواخ في عام ١٩٥٠ وقد تولى انشاءها الاتحاد المصري لرعاية الطفولة • وكذلك قامت جمعية رعاية الأحداث

(١) كان الدكتور عبد العزيز القوصي هو الأخصائي النفسي لهذا المكتب وأحد الذين أسهموا في انشائه •

جالتون بإنشاء مؤسسة لرعاية عدد من الأحداث المحكوم عليهم ، بعد أن امتلأت الاصلاحيات ولم يعد بها أماكن لاستقبال أحداث جدد . وقامت «رابطة الاصلاح الاجتماعي» أيضا بإنشاء دار سميت « دار التربية الشعبية للبنين » . . .

وبطبيعة الحال كانت هناك فروق بين هذه الهيئات الأهلية المختلفة من حيث الجهود التي تمكنت من بذلها في المؤسسات ومن حيث إمكاناتها المادية والفنية ، مما دعا الى تنسيق جهود هذه الهيئات واسناد أمر رعاية الأحداث الى جهاز كبير يتم تمويله بمعرفة الدولة وتسند ادارته الى هيئة أهلية موحدة متجذرة من البروتين والشكلية (١) .

وبمقتضى القانون رقم ١٩٣ لسنة ١٩٥٤ أنشئ « الاتحاد العام لرعاية الأحداث » كهيئة أهلية تشرف عليها وزارة الشؤون الاجتماعية . وضم هذا الاتحاد الى عضويته كل الجمعيات الخيرية والهيئات والمؤسسات الاجتماعية التي تقوم بخدمات للأحداث المنحرفين أو المشردين أو المعرضين للتشرد أو الانحراف . ونص قانون الاتحاد على إنشاء دور الملاحظة ومكاتب المراقبة الاجتماعية ودور الضيافة ودور الايداع ، وتطبيق نظام الرعاية اللاحقة على الأحداث عقب خروجهم من منشآت الرعاية المختلفة .

وبعد عشرة سنوات من قيام هذا الاتحاد ، صدر القانون رقم ٩٨ لسنة ١٩٦٤ بنقل ملكية « الاتحاد العام لرعاية الأحداث » الى الدولة واتبعه لوزارة الشؤون الاجتماعية . وبمقتضى هذا القانون عين بوزارة الشؤون الاجتماعية الموظفون القائمون بالعمل في الاتحاد والوحدات والمؤسسات التابعة له .

وعند مثول هذا الكتاب للطبع ، نشرت جريدة الأهرام بتاريخ ١٩٦٩/١١/١

(١) أسبوع الأحداث الثالث من ١٩٦٤/٣/٣١ الى ١٩٦٤/٤/٦ ، العلاقات العامة بوزارة الشؤون الاجتماعية ، القاهرة .

الخبر التالي عن تشريع جديد لرعاية الأحداث ، في طريقه للعرض على مجلس الأمة :

يعرض على مجلس الأمة في دورته القادمة مشروع قانون يقضى برعاية الأحداث المنحرفين أو المعرضين للانحراف على أساس أنهم ضحايا ظروف خارجة عن إرادتهم ، وإن الحدث ليس مجرماً بطبيعته ، بل هو مريض يستحق العلاج ، ولا سبيل إلى معاقبته بدنياً أو بالسجن حتى يبلغ الثامنة عشرة من عمره ..

ويقضى المشروع الجديد بإنشاء محكمة للأحداث في كل محافظة يتبعها مكتب للخدمة الاجتماعية ، ويكون مندوب وزارة الشؤون الاجتماعية عضواً فيها ، وتُعقد جلساتها « مغلقة » ، ويجوز إعفاء الأحداث من حضور المحاكمة كما يجوز للقاضي أن يجعل الجلسات علنية وينطق فيها بالأحكام إذا تحققت مصلحة الأحداث في ذلك .

كما يقضى التشريع بإنشاء نظام خاص للمحاكمة ، يكون القاضي فيه بمثابة الوالد الذي يرعى أولاده ، وتخصص دائرة استئنافية بكل محافظة تستأنف أمامها الأحكام الصادرة على الأحداث ، وهي : التوبيخ ، الاختبار القضائي ، الإلزام بأداء واجبات معينة التسليم لوالديه أو ولي أمره ، الإلزام بالتدريب المهني ، الإيداع في دار للتربية أو معهد للتأهيل أو مأوى علاجي .

وكفل المشروع للقاضي المتخصص حق مراقبة الحدث أثناء معيشته مع والديه أو في كنف الغير ، عن طريق مراقب بالتدريب المهني في أحد للصانع أو المزارع أو المتاجر ، تحت إشراف القاضي ، الذي يمتد إلى الحدث في معهد التأهيل أو المأوى العلاجي .

ويشجع المشروع الجديد إنشاء دور تربية لتحقيق الضغط على الدور

الحكومية ، مع ملاحظة الفصل بين الأحداث المنحرفين والمعرضين للانحراف .

وصرح السيد حافظ بدوى وزير الشؤون الاجتماعية ، بأن المشروع الجديد يساير أحدث النظم الاجتماعية فى العالم ، وتوفرت على اعداده لجنة فنية من وزارات العدل والداخلية ووزارة الشؤون الاجتماعية ، وقد رأت هذه اللجنة عدم اخضاع هؤلاء الأحداث لاحكام قوانين العقوبات والاجراءات الجنائية .

أعمال الاتحاد العام لرعاية الأحداث :

ومنذ انشاء الاتحاد العام لرعاية الأحداث فى سنة ١٩٥٤ ، قام هذا الاتحاد بنشاط واسع على جبهتين عريضتين ، احدهما لتدعيم الجهود والمؤسسات القائمة والأخرى للخطط الانشائية .

وكان من بين أعماله على الجبهة الأولى ، منح الإعانات التدميمية المالية للمؤسسات العاملة فى رعاية الأحداث وحماية المرأة والطفل . وامتد هذا الدعم الى المؤسسات الوقائية مثل « مؤسسات شغل أوقات الفراغ » ، كما اتخذ الدعم أيضا صورة اعانة فنية منحها الاتحاد للمؤسسات على هيئة مرتبات للاخصائيين الاجتماعيين بها ، حتى لا تتوانى هذه المؤسسات عن تعيين اخصائيين مؤهلين تأهيلا عاليا . كذلك قام الاتحاد باعداد البرامج التدريبية الفنية للمستغلين برعاية الأحداث فى المنشآت المختلفة ، بغرض تزويدهم باحتياجات العمل فى هذا الميدان من خبرات ودراسات فنية وإدارية، وإطلاعهم على أحدث النظم والتطورات فيه . كما عمل الاتحاد أيضا على استصدار القرارات الخاصة بإنشاء مكاتب شرطة خاصة للأحداث بدلا من الشرطة العادية ، وأنشئ أول مكتبين من هذا القبيل فى عام ١٩٦٢ بالقاهرة والاسكندرية وتوالى بعد ذلك انشاء مكاتب مماثلة فى محافظات أخرى (١) .

(١) أسبوع الأحداث الثالث ، المرجع السابق .

أما الخطط الانشائية للاتحاد فقد اشتملت على ما يلي :

- ١ - انشاء الوحدات الاجتماعية الشاملة لرعاية الأحداث .
 - ٢ - انشاء مؤسسات الإيداع ذات الباب المفتوح .
 - ٣ - نظام الرعاية البديلة .
 - ٤ - انشاء مؤسسات لرعاية الفتيات القاصرات .
- (فضلا عن انشاء مؤسسات لضعاف العقول أسميت بدور التثقيف
الفكري ، ، وقد سبق الحديث عنها في الفصل السابق) .

الوحدة الاجتماعية الشاملة لرعاية الأحداث :

تقدم هذه الوحدة خدمات شاملة علاجية ووقائية ، وتخدم عددا يتراوح
بين ١٠٠٠ ، ١٥٠٠ حدث سنويا . وهي مزودة بعيادة طبية نفسية ،
فضلا عن مركز للاستقبال ودار للملاحظة ومكتب للمراقبة الاجتماعية ودار
للضيافة .

١ - مركز الاستقبال :

قصد بهذا المركز أن يحل محل أقسام الشرطة فيما يتعلق بالأعمال
الخاصة بالحجز والحفظ . ويستقبل المركز أربع فئات من الأحداث هي :

(أ) الأحداث الذين يتم القبض عليهم لارتكاب جريمة أو بسبب التشرّد

(ب) الأحداث المحالون من الهيئات المختلفة لتعرضهم للانحراف أو
التشرّد .

(ج) الأحداث الذين يحضرهم ذووهم ، كما في حالات المروق .

(د) الأحداث الذين يحضرون الى المركز من تلقاء أنفسهم ، طلبا للحماية
من زوج الأم أو زوجة الأب أو زفاق السوء ، الى غير ذلك .

هذا ويستقبل المركز ١٠ - ٢٠ حدثا يوميا ، حيث يقيم الحدث به أياما معدودة تتم خلالها اجراءات البحث الاجتماعى له ولأسرته ، توطئة للتصرف فى حالته .

وبالنسبة للفئات الثلاث الأخيرة من فئات الأحداث المشار اليها ، فان المركز بعد عمل البحث الميدانى يتخذ بالنسبة لهم أحد اجراءات ثلاثة :

● إعادة الحدث الى البيئة الطبيعية وحفظ الحالة .

● إعادة الحدث الى البيئة الطبيعية وأخطار مكتب المراقبة الاجتماعية للقيام ببحث اجتماعى تفصيلى وتقديم الخدمات للحدث وذويه .

● اقتراح ايداع الحدث دار الضيافة أو مع أسرة بديلة وأخطار مكتب المراقبة الاجتماعية بذلك للبحث والتتبع .

أما بالنسبة للفئة الأولى من الأحداث ، فاذا كان الحدث المقبوض عليه قد تم التحقيق معه فى القسم وتقرر تحويله للنيابة فان مركز الاستقبال يقوم بهذه المهمة بعد تضمين أوراق التحقيق البحث الاجتماعى المبدئى ، واذا كان قد حول الى المركز بعد التحقيق معه بمعرفة النيابة فاما أن يكون ذلك بقصد حجزه على ذمة المحاكمة فيحول فورا بعد عمل البحث الاجتماعى المبدئى الى دار الملاحظة وتحول صورة من هذا البحث الى مكتب المراقبة الاجتماعية لاتخاذ اللازم ، واما أن يكون قد حول الى مركز الاستقبال بقصد الافراج عنه (١) .

٢ - دار الملاحظة :

تعتبر هذه الدار بمثابة مكان يحجز فيه الأحداث على ذمة المحاكمة والتحقيقات ، وذلك بدلا من ايداعهم السجون وأقسام الشرطة حيث يختلطون

(١) أسبوع الأحداث الثالث ، المرجع السابق .

بكبار المجرمين • وتتسع الدار لخمسين حدثا في المتوسط ، يقيمون بها حتى يتم الفصل في أمرهم •• وفي العادة تصل هذه الإقامة الى شهر ، وهو مدة كافية لاجراء جميع البحوث الاجتماعية والطبية والنفسية على الحدث •

ولا يقتصر عمل دار الملاحظة على ملاحظة سلوك الحدث وكتابة التقارير عنه ، بل يتخطى ذلك الى تدريب الحدث على تعديل سلوكه واتجاهاته نحو نفسه ونحو الجماعة والمجتمع ، من خلال برامج الرعاية المختلفة الصحية والنفسية والثقافية والتربوية •

٣ - مكتب المراقبة الاجتماعية :

يقوم هذا المكتب بالبحث الاجتماعي الشامل توطئة لاعداد التقرير المفصل الذي يرفع عن الحدث الى المحكمة •

ويقوم كذلك بالتوجيه والاشراف اذا وافقت المحكمة على تسليم الحدث لذويه أو الى عائل مؤتمن • ويستمر هذا الاشراف والتوجيه في البيئة الطبيعية للحدث حتى يتحقق له التكيف مع بيئته وتزول العوائق التي تحول دون استقراره فيها ودون أن يصبح مواطنا صالحا • ولا تقل مدة الاشراف عن سنة كاملة ، كما يقوم المكتب بخدمة نحو من ٦٠٠ حالة خارج الوحدة الاجتماعية على مدار السنة •

٤ - دار الضيافة :

تأوى هذه الدار أحداثا مشردين أو منحرفين من بين الحالات الواردة من المحكمة التي يوصى مكتب المراقبة الاجتماعية بإيداعها دار الضيافة ، كما تأوى أيضا أحداثا معرضين للانحراف أو التشرذم من الحالات الواردة عن طريق التطوع أو عن طريق الهيئات والأفراد بعد تقرير صلاحيتهم للالتحاق بالدار •

وتعتبر دار الضيافة محطة انتقال اما الى البيئة الطبيعية للطفل اذا صلح

أمراها أو الى مؤسسة ايداع داخلية عن طريق حكم من المحكمة اذا تبين لها عدم صلاحية البيئة الطبيعية .

وفى دار الضيافة يعمل الحدث أو يذهب الى المدرسة نهارا ويعود الى الدار للإقامة بها ليلا . وتستوعب الدار ٥٠٠ حدثا سنويا ، ويساهم نزلاؤها فى نفقات اقامتهم حتى لا يشعروا بأنهم عالة عليها !

مؤسسة الايداع المفتوحة :

أنشأ « الاتحاد العام لرعاية الأحداث » مؤسسات ايداع جديدة تخالف نظام المؤسسة المغلقة الذى كان سائدا من قبل ، خشية هروب الأحداث من المؤسسة .

وتعتمد المؤسسة المفتوحة على خلق جو عاطفى وأسرى بالمؤسسة وربط الحدث بالمجتمع الخارجى الذى سوف يعود اليه واستعادة ثقته بهذا المجتمع .

ويعمل بالمؤسسة فريق من الفنيين ، منهم الأخصائيون الاجتماعيون والأخصائيون النفسيون والأطباء والمشرفون الرياضيون . ويوجه الأحداث فى المؤسسة توجيهها مهنيا يتناسب مع ميولهم واستعداداتهم ، فضلا عن البرامج الاجتماعية والثقافية والرياضية .

ويسير العمل بالمؤسسة على نظام الأسر وتولى الأحداث أمور أنفسهم قدر الامكان ، لتعويدهم الاعتماد على النفس وتحمل المسئولية .

الرعاية البديلة :

دخلت تجربة الأسر البديلة دور التنفيذ فى عام ١٩٥٧ بخمسين حالة تم اختيارها بعد البحث الاجتماعى من بين مئات الطلبات التى تقدمت بها الأسر استجابة للاعلان عن المشروع فى الصحف .

وكان الأطفال الخمسون قبل ايداعهم فى الأسر الجديدة قد عهد بهم الى
مراضع ومربيات يقمن بهذه الرعاية نظير الانتفاع المسمى تحت اشراف من
مستشفيات الجامعة أو وزارة الصحة •

وقد استمرت تجربة الأسر البديلة لمدة أربع سنوات قبل الحكم على
نجاحها ، وكان يقوم بتوجيه الأسر خلال هذه الفترة أخصائيات حاصلات على
مؤهلات عالية • وقد ألحق من الأطفال بالمدارس ٣٧ طفلاً وثبت نسب ٢٣
طفلاً منهم للأسر •

وبعد نجاح هذه التجربة الرائدة ، رصد الاتحاد فى السنة المالية ١٩٦٢/٦١
مبلغاً من المال لرعاية ٢٠٠ طفلاً جديداً ، كما حولت وزارة الصحة ومستشفيات
جامعة القاهرة اليه الحالات التى كانت تتولى الاشراف عليها ، فأصبح الاتحاد
مسئولاً عن رعاية حوالى ١٢٠٠ طفلاً رعاية بديلة •

وفى العام ١٩٦٧/٦٦ بلغ عدد حالات الرعاية البديلة ١٧٥٥ حالة ، منها
٩٠٩ من الذكور و ٨٤٦ من الاناث • (١)

رعاية الفتيات القاصرات :

أنشأ « الاتحاد العام لرعاية الأحداث » مؤسسة الرعاية الاجتماعية
للفتيات بالزيتون فى عام ١٩٦٣ ، كما أنشئت بعد ذلك مؤسستان أخريان
لنفس الغرض ببورسعيد والاسكندرية • وتقوم هذه المؤسسات على رعاية
الفئات الآتية من الفتيات اللائى لم يبلغن سن الثامنة عشرة :

(أ) المشرذات المحكوم بإيداعهن طبقاً لقانون الأحداث المشردين رقم ١٢٤
لسنة ١٩٤٩ اذا كان لتشردهن علاقة بالدعارة •

(ب) المجنى عليهن فى جرائم الدعارة ممن يرى القضاء المحافظة عليهن فى
احدى المؤسسات •

(١) الكتاب السنوى للإحصاءات الاجتماعية ، يناير ١٩٦٨ ، مرجع سابق •

(ج) المعرضات للانحراف الجنسي من غير المحكوم عليهن .

(د) المحكوم بطلب ولاية آبائهن أو أولياء أمورهن .

وترعى المؤسسة هؤلاء الفتيات من النواحي الاجتماعية والصحية والنفسية والدينية والمهنية حتى يصبحن مواطنات صالحات . وبالمؤسسة فصل لمحو الأمية ومشغل لتعليم الفتيات الحياكة والأشغال اليدوية وأصول التدبير المنزلى ، كما تهتم المؤسسة بالعمل على تقوية شخصية الفتيات واعتمادهن على أنفسهن .

مؤسسات الأحداث فى ج ٥٠ م :

(أولا) مؤسسات المعرضين للانحراف :

بلغ عدد هذه المؤسسات فى آخر احصاء عام (١٩٦٧/٦٦) ١٦٧ مؤسسة (١) موزعة على أغلب المحافظات . وكان عدد المودعين بها ١٠٨٣٠ حدثا بتاريخ ١٩٦٧/٦/٣٠ ومن هؤلاء ٤٨٧٠ حدثا بالقاهرة وحدها تضمهم ٦٧ مؤسسة و ٨٣١ حدثا بالاسكندرية تضمهم ١٤ مؤسسة .

أما عن الحالات التى أودعت المؤسسات خلال العام ١٩٦٧/٦٦ فهى موزعة بحسب سبب الايداع على الوجه الآتى : (٢)

١١٨٦ لسبب اليتيم

٤٩٠ لسبب سوء الحالة الاقتصادية

٢١٦ لسبب طلاق الأبوين

١٩٩ لسبب مرض العائل

(١) الكتاب السنوى للاحصاءات الاجتماعية ، يناير ١٩٦٨ ، مرجع سابق .
(٢) فكرة الاحصاءات الاجتماعية ، ادارة الاحصاءات الاجتماعية بوزارة الشئون الاجتماعية القاهرة ، نوفمبر ١٩٦٧ .

١٤ لأن الطفل مجهول الأبوين

٧٥ لأسباب أخرى

(ثانيا) مؤسسات الجانحين :

بلغ عدد هذه المؤسسات ٢٢ مؤسسة في ١٩٦٧/٦/٣٠ (منها ١١ مؤسسة بالقاهرة ومؤسسات بالجيزة) بعضها شامل لمراكز الاستقبال ودور الملاحظة ومكاتب المراقبة الاجتماعية ودور الضيافة والإيداع ، وبعضها الآخر يقتصر على بعض هذه الأقسام فقط .

١ - مراكز الاستقبال :

بلغ عدد هذه المراكز في ١٩٦٧/٦/٣٠ سبعة مراكز في الجمهورية ، منها ثلاثة مراكز بالقاهرة ومركزان بالجيزة ومركز بالدقهلية وآخر بالشرقية . وقد ألحقت بالمراكز السبعة خلال عام ١٩٦٧/٦٦ عدد ١٤٥٦ حالة ، منها ١٢٩ حالة بمخافضة القاهرة و ٨٩٥ حالة بالجيزة .

٢ - دور الملاحظة :

بلغ عددها عشر دور منها أربع بالقاهرة واثنان بالجيزة ، ألحقت بها جميعا خلال السنة المذكورة ٢٥٣٢ حالة ، منها ١٩٤٧ حالة بالقاهرة و ٤٩٨ حالة بالجيزة .

٣ - مكاتب المراقبة الاجتماعية :

بلغ عددها عشرة مكاتب منها ثلاثة بالقاهرة واثنان بالجيزة ، وردت لها خلال السنة ٢٢٤٦ حالة ، منها ١٥٩٩ حالة بالقاهرة و ٢٥١ بالجيزة .

٤ - دور الضيافة والإيداع :

بلغ عددها ٢٢ دارا ، منها ١١ دارا بالقاهرة وداران بالجيزة ، ألحقت بها خلال السنة ٤٨٠١ حالة ، منها ٣١١٧ بالقاهرة و ١٠١٦ بالجيزة .

ومن الملاحظات التي تستلفت النظر في الاحصاءات السابقة استئثار محافظة القاهرة بالأرقام الكبرى للأحداث الجانحين ، وخاصة لو أضفنا إليها أرقام محافظة الجيزة . وهذا يتمشى مع وجهة نظر علماء الاجتماع في أن جناح الأحداث هو ظاهرة حضرية تنفشي في المدن الكبرى والمناطق المكتظة بالسكان والبيئات الصناعية . . . هذا ، ولا تتناسب أرقام الاسكندرية أو أية محافظة أخرى (والتي لم نوردتها في البيان السابق) على الاطلاق مع أرقام أى من القاهرة أو الجيزة .

(ثالثاً) : مؤسسات الفتيات القاصرات :

عدد هذه المؤسسات في آخر احصاء (١٩٦٧/٦٦) ثلاثة تتركز في القاهرة ، التحقق بها الآتى بيانهم :

١٠ فتيات معتدى عليهن موجودات بتاريخ ١٩٦٧/٦/٣٠ ٦ ٤ غادرن المؤسسة خلال العام .

٦٣ فتاة معرضة للانحراف الجنسي موجودات بتاريخ ١٩٦٧/٦/٣٠ ٣٠ ٤ غادرن المؤسسة خلال العام .

٥١ فتاة موجودات لأسباب أخرى بتاريخ ١٩٦٧/٦/٣٠ ٤٧ ٤ غادرن المؤسسة خلال العام .

١٢٤ مجموع الفتيات القاصرات بالمؤسسات في ١٩٦٧/٦/٣٠ ٨٣ ٤ مجموع من غادرن خلال العام .

الوضع النهائي لمؤسسات الأحداث في عام ١٩٦٩ :

محافظة القاهرة :

تشتمل على المؤسسات الآتية :

١ - المركز النموذجي للرعاية الاجتماعية بمصر القديمة (بنين) :

ويشمل :

(١) وحدة مصر القديمة .

(ب) مؤسسة ايداع (بيت الطفل) .

(جـ) قسم البحوث .

(د) مركز تدريب العاملين .

٢ - وحدات اجتماعية شاملة :

- (١) الوحدة الاجتماعية الشاملة لرعاية الأحداث بالقبة (بنين)
- (ب) وحدة الامام محمد عبده لرعاية الأحداث بعين شمس (بنين)
- (ج) الوحدة الاجتماعية الشاملة للفتيات بالقبة (بنات)

٣ - المؤسسات الابداعية :

- (١) مؤسسة الرعاية الاجتماعية بالمرج - لرعاية الاطفال اللقطاء .
- (ب) مؤسسة عين شمس - مخصصة للحالات الصعبة (بنين)
- (ج) دار التربية الشعبية بمصر القديمة - مخصصة لتكرري الهروب (بنين)
- (د) مؤسسة الرعاية الاجتماعية للفتيات القاصرات بالزيتون (بنات)
- (هـ) مؤسسة الحرية لرعاية الاطفال المعرضين للانحراف (بنين)

٤ - مؤسسات ضعف العقول :

- (١) مؤسسة التثقيف الفكرى بحداثق القبة سن ١٢ - ١٨ (بنين)
- (ب) مؤسسة التثقيف الفكرى بكوبرى القبة سن ٧ - ١٢ (بنين)
- (ج) دار التثقيف الفكرى بحلوان (بنات)

٥ - وحدات غير شاملة :

- (١) مكتب الخدمة الاجتماعية ودار الملاحظة بعابدين (بنين)
- (ب) مكتب الخدمة الاجتماعية ودار الضيافة بالعباسية (بنين)

محافظة الجيزة :

تشتمل على المؤسسات الآتية :

١ - دور التربية بالجيزة :

وتشمل :

(١) مؤسسة ايداع (بنين)

(ب) وحدة اجتماعية شاملة (بنين)

(ج) دار التثقيف الفكرى للأحداث المنحرفين (بنين)

٢ - مركز التصنيف والتوجيه لرعاية الأحداث (بنين)

٣ - مؤسسة رعاية الفتيات بالعجوزة (بنات)

محافظة الاسكندرية :

تشتمل على المؤسسات الآتية :

(١) وحدات اجتماعية شاملة :

(١) وحدة اجتماعية شاملة لرعاية الأحداث بمحرم بك (بنين)

(ب) وحدة اجتماعية شاملة لرعاية الأحداث بمنشية محرم بك الجديدة (بنين)

(ج) وحدة اجتماعية شاملة للفتيات

٢ - مؤسسة ايداع (بنين)

محافظة البحيرة :

وحدة رعاية الأحداث بصفت خالدا - ايتاي البارود (بنين)

محافظة الاسماعيلية :

وحدة اجتماعية شاملة لرعاية الأحداث بالاسماعيلية (بنين)

محافظة الشرقية :

وحدة رعاية الأحداث بالقازيق (بنين)

محافظة الدقهلية :

وحدة اجتماعية شاملة لرعاية الأحداث بنبروه (بنين)

محافظة المنوفية :

وحدة رعاية الأحداث بقويسنا (بنين)

محافظة المنيا :

وحدة اجتماعية شاملة لرعاية الأحداث بالمنيا (بنين)

محافظة سوهاج :

وحدة رعاية الأحداث بسوهاج (بنين)

ويلاحظ في البيان السابق عن المؤسسات أن أغلبها مؤسسات للبنين ، وليس هذا تحيزا للجنس وإنما هو تعبير عن الواقع الاجتماعي في مجال الجناح والذي يدل على أن الغالبية العظمى للجانحين هم من جنس الذكور .

نوعية الرعاية في المؤسسات :

لا يمكن أن يقال عن مؤسسات الأحداث في ج.ع.م أنها قليلة العدد وإن كان هذا العدد قابلا للزيادة والتوسع ، ولا يمكن كذلك أن تتهم المؤسسات - فيما عدا قلة منها - بالقصور في النواحي الفنية أو المادية . فالواقع أن ميدان الأحداث المنحرفين والمشردين والمعرضين للتشرد والانحراف قد نال من المسئولين اهتماما كبيرا جدا ، كما دعم - أكثر من أي ميدان آخر من ميادين الدفاع الاجتماعي - بالأموال وجهود الأخصائيين الاجتماعيين ، منذ وقت غير قصير .

ولكن الذى يمكن أن يقال رغم ذلك ، ان نجاح مؤسساتنا المختلفة ليس متساويا فى الدرجة ، وأن بعض هذه المؤسسات قد نجح نجاحا كبيرا وبعضها الآخر قد فشل فشلا ذريعا رغم توافر إمكانات مادية وفنية متساوية تقريبا !

وهنا نتساءل : ما هو الفرق بين مؤسسة ناجحة وأخرى فاشلة ..
واجابتنا عن هذا التساؤل ان الفرق الأساسى بين المؤسستين يكمن فى جو العلاقات الانسانية الذى يسود المؤسسة ونوعية الرعاية القائمة فيها ، والتي يتوقف عليها احساس الحدث بتقبل المشرفين له واحساسه بالانتماء الى مجتمع المؤسسة مما يمهّد بالتالى لعملية « تانيسه » وتطبيعته الاجتماعى ، أو افتقاره الى هذه الاحاسيس مما يؤدى الى محاولته الهرب من المؤسسة فى أول فرصة ممكنة والعودة الى « عصابته » التي كانت توفر له « التقبل » و « الأمن » واشباع جوعه الى « الانتماء » !

ان أبناء المؤسسات من الأحداث والفتيات القاصرات (كما تبين من الدراسات النفسية العديدة التي أجريت عليهم فى عديد من البلاد وفى قمتها دراسة جون بولبى الشهيرة (١)) هم جوعى الى شىء آخر غير الخبز ! فهم جوعى الى الحب والحنو والوالدى وإلى الدفء العاطفى الأسرى ، وهم أفراد لم يتوافر لهم أن يشبعوا بصورة طبيعية كل أو بعض حاجاتهم النفسية الأساسية الى الاستجابة العاطفية ، وإلى القبول ، وإلى التقدير والمكانة ، وإلى المغامرة واكتساب خبرات جديدة ، وإلى الانتماء والصدقة البريئة ، وإلى تحمل المسئولية والاحساس بأهميتهم للغير ... فشعروا نتيجة ذلك كله بالقلق واهتزاز أمنهم النفسى . ونظرا لعجز أسرهم عن اشباع هذه الحاجات لديهم ، فقد رحبوا بأول فرصة لاشباع هذه الحاجات عن طريق عصابة أو

(١) جون بولبى (ترجمة السيد محمد خيرى وآخرين) رعاية الطفل وتطور الحب ، دار المعارف ، القاهرة ١٩٥٦ .

مجتمع يجمعهم مع أمثالهم من أصحاب الحاجات النفسية المحيطية ..
ونظرا لما ظنوه - وليس ذلك بالظن الخاطئ على طول الخط - من مبادأة
المجتمع لهم بالعداء ، فقد بادلوه عداء بعداء واعتداء .. وواحدة بواحدة
والباديء أظلم !!

هذا جانب من سيكولوجية الحدث المنحرف والمعرض للانحراف ينبغي أن
يعيه جيدا كل من أراد أن يعمل بمؤسسات هؤلاء الأحداث .. ويتطلب ذلك
ممن يعملون بهذه المؤسسات أن يكونوا من المتبنين حقا لفلسفة انسانية ، ومن
المؤمنين بمرونة الطبيعة البشرية وبقدرة الأحداث على تعديل اتجاهاتهم
وقابليتهم للتعلم .. وأن يكونوا من القادرين على بذل الحب والحنان غير
مشروطين ، وعلى تقبل الأحداث تقبلا حقيقيا رغم سوءاتهم ونقائصهم !

وثمة توجيه لابد من أن نلفت اليه أنظار القائمين على المؤسسات ، وهذا
التوجيه هو نتيجة لما تمخضت عنه بصفة خاصة إحدى دراسات بولبي والتي
أوضحت أن نمو الطفل في بيئته الطبيعية (أسرته الأصلية) يفوق نموه في
أسرة بديلة ، وأن النمو في أسرة بديلة يفوق بدوره النمو في المؤسسات ،
لا من حيث الاعتبارات الوجدانية والاجتماعية والعقلية فحسب ، بل - وهو
العجيب الغريب - من حيث النمو الجسمي كذلك !! وكأن الحب هو عنصر
أساسي لا يقل عن الغذاء ، حتى في تأثيره على النمو الجسمي !

نقول ان هذه الدراسة وأمثالها من الدراسات التي تشابهت نتائجها ،
قد أدت الى اجراء تعديلات جوهرية في نظام كثير من المؤسسات بالخارج .
فأصبحت المؤسسات تخصص مشرفة لعدد محدود من الأحداث يزيد قليلا عن
عدد أفراد الأسرة الطبيعية رغبة في تحقيق علاقة وثيقة بين الحدث والمشرفة .
وأصبحت المشرفة مستديمة لا تتبدل بين حين وآخر تدعيما لهذه العلاقة
الوثيقة .. كما يقسم أبناء بعض المؤسسات الى أسر لا على أساس الاتفاق
في أعمارهم ، وإنما على أساس أنهم يصلحون لأن يكونوا اخوة وأخوات في
داخل كل أسرة من الأسر .

ويقص علينا الدكتور عثمان فراج في تقرير له عن زيارة المدينة الشباب
بمنطقة هورن بمقاطعة لمبرج بهولندا (١) ، أنهم قسموا هذه المدينة التي تقوم
على ٩٠ قدانا الى ١٦ أسرة ، يتراوح عدد أفراد كل أسرة منها بين ١٢ ، ١٥ ،
٢٠ طفلا . وتعيش كل أسرة في منزل مستقل بهذه المدينة ، يختلف في حجمه
وشكله الخارجى وتصميمه من الداخل ونوع الأثاث ووسائل التسلية عن
المنازل الأخرى . وتعيش كل أسرة في منزلها حياة مستقلة تماما عن حياة
الأسر الأخرى ، ولا يربطها بها الا رابطة الجيرة والصداقة المشتركة بين
أفراد الأسر المتجاورة ، واشتراكهم في النوادى العامة والملاعب والنشاط
الرياضى والاجتماعى العام بالمدينة وخارجها . كما يراعى أن تضم الأسرة
الواحدة أطفالا من أعمار مختلفة ، حتى تقترب قدر الامكان من شكل الأسرة
الطبيعية !

وهذا النموذج يتكرر فى كثير من المؤسسات فى الخارج فى صورة أو أخرى :

العوامل الاجتماعية والنفسية فى جناح الأحداث فى الدراسات المصرية :
أجريت فى ج٠ ع٠ م دراسات عديدة على الأحداث الجانحين ، استخدمت
أدوات وأساليب مختلفة ، وأوضحت جوانب كثيرة من مشكلتهم ومن العوامل
المؤثرة فيها . وفيما يلى عرض موجز لأهم هذه الدراسات ونتائجها :

١ - فى دراسة عن « الأسر المتصدعة وصلتها بجناح الأحداث (٢) » ،
أجراها المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية على ٥٨٩ حدثا ممن اتهموا

(١) عثمان لبيب فراج ، تقرير مرفوع الى جامعة عين شمس عن المهمة
العلمية لزيارة هولندا وألمانيا الغربية ، ١٩٦٣ . (غير منشور)
(٢) سيد عويس ، دراسة عن الأسر المتصدعة وصلتها بجناح الأحداث ،
تقرير فرعى مقدم الى الحلقة الاولى لمكافحة الجريمة ، المركز القومى للبحوث
الاجتماعية والجنائية ، القاهرة ١٩٦١ .

فى جرائم سرقة وأحيلوا الى النيابة ما بين عامى ١٩٥٧ و ١٩٥٨ ، اتضح من الدراسة ان أسر الجانحين لا تودى وظائفها الحيوية لأبنائها وبناتها ولا تقوم بواجباتها نحوهم ، وأن هذه الأسر هى أسر متصدعة بمعنى التصدع النفسى أو الاجتماعى ، أى أنها أسر غير موزنة لا يتوافرها الاستقرار والاطمئنان النفسى للأطفال .

٢ - وفى دراسة أخرى قامت بها وحدة بحوث الجريمة والأحداث بالمرکز القومى للبحوث الاجتماعية والجنايئة (استجابة لطلب قسم الدفاع الاجتماعى بهيئة الأمم المتحدة) عن حجم مشكلة جناح الأحداث واتجاهاتها وعواملها فى ج ٠ ع ٠ م ٠ (١) وتناولت هذه المشكلة خلال المدة ١٩٥٨ - ١٩٦٣ ، اتضحنت نتائج كثيرة هامة من بينها ما يلى :

(١) أن حالات التشرد تشكل حوالى نصف جميع حالات الجنح ، يليها الضرب ثم السرقة ٠٠ وأن أرقام الجنايات ضئيلة نسبيا اذا قورنت بأرقام الجنح أو المخالفات ، ولا تعدو ١٦٦ جناية فى عام ١٩٦٣ ، ١٨٣ جناية فى عام ١٩٦٢ مثلا فى الجمهورية كلها ، أبرزها جنايات المخدرات ثم احراز السلاح ثم الضرب الذى نشأت عنه عامة .

ب - خلال الفترة ١٩٥٨ - ١٩٦٢ كان نصيب محافظات القاهرة والاسكندرية والسويس وبور سعيد والاسماعيلية (وهى التى تمثل الرقعة الحضرية فى الجمهورية) ٧٣٪ من جميع حالات جناح الأحداث ، كما كان نصيب هذه المحافظات ٤٢٪ من مجموع الجنايات ، ٧٢٪ من مجموع الجنح ، ٨٣٪ من مجموع المخالفات ٠٠ أما نصيب محافظة القاهرة وحدها من حجم مشكلة الجناح فى ج ٠ ع ٠ م فقد كان ٥٤٫٤٪ .

(١) سيد عويس ، حجم مشكلة جناح الأحداث واتجاهاتها وعواملها فى الجمهورية العربية المتحدة ، فى المجلة الجنائية القومية ، يوليو ١٩٦٥ ، ص ١٧٨ - ٢٢٥ .

وتميل أرقام المحافظات المذكورة خلال عام ١٩٦٣ الى الانخفاض بعض الشيء عن أرقام الاعوام السابقة ، ويعزى ذلك في رأى القائمين بالبحث الى امتداد الرقعة الحضرية فى مجتمع الجمهورية العربية المتحدة الى مناطق أخرى مثل الدقهلية وأسوان - أن أى النتائج المستخلصة من دراسة الأرقام تشير الى أن مشكلة جناح الأحداث هى مشكلة حضرية ، وأن الاهتمام بها على مستوى التدابير الوقائية والتدابير العلاجية يجب أن يوجه الى الرقعة الحضرية من المجتمع .

أما عن العوامل المتسببة فى جناح الأحداث ، فقد اتضح خلال هذه الدراسة نتائج عدة وهى تتعلق بالمتشردين وجامعى أعقاب السجائير ومرتكبى السرقات وهم الذين اقتصر عليهم الدراسة الخاصة بتقصى عوامل الجناح (١) . ومن أهم هذه النتائج ما يلى :

١ - كانت الغالبية الساحقة للأحداث المتشردين وجامعى أعقاب السجائير من الذكور ، وأغلبهم تتراوح أعمارهم بين ١٠ ، ١٥ سنة .

٢ - يغلب على جامعى الأعقاب تكوين علاقاتهم الثابتة فى شلل صغيرة ، هم القنطرة التى يعبر عليها الحدث المشرّد الى عصابات جامعى الأعقاب . ويسود فى هذه العصابات نوع من الثقافة الخاصة الذى يختلف فى إطاره القيمى عن الإطار القيمى فى المجتمع الخارجى . ويعتمد تكوين العصابة على رؤساء (معلمين) ثم شبان بالغين كوسطاء بينهم وبين قاعدة العصابة وهم الأحداث المشرّدون جامعو الأعقاب الذين يكونون فيما بينهم شللا فرعية فى

(١) تبنى نتائج الدراسة الخاصة بالمتشردين وجامعى الأعقاب على بحث : صلاح عبد المتعال ، أثر العوامل الاجتماعية فى تشرد الأحداث ، مع دراسة تطبيقية على فئة جامعى أعقاب السجائير فى مدينة القاهرة ، رسالة للحصول على الماجستير فى الآداب من جامعة القاهرة ، ١٩٦٤ . (غير منشورة) .

وانحل العضابة ذاتها . ويتم تقسيم العمل فيما بينهم على أساس التدرج
الوظيفي لكل منهم !

وبالنسبة للسرقة ، فقد ثبت أيضا أن أكثر الظروف المشددة شيوعا هي
ارتكاب جرائم السرقة مع آخرين وفي أماكن مسكونة ، مما يبرز عامل الرفاق
أو الصحبة كعامل مساعد للحدث على السلوك الجانح .

٣ - اتضح بالنسبة لجامعى الأعقاب أنهم جميعا تركوا المدرسة نهائيا ،
بعضهم نتيجة للفصل من المدرسة وبعضهم لسبب الفشل الدراسى ، كما
أنهم كانوا من معتادى الهروب من المدرسة .

أما بالنسبة للمتهمين بالسرقة ، فقد تبين أن ٦٠ ٪ منهم لم يتعلموا فى
مدرسة على الإطلاق وأن ٢٨٫٣ ٪ لم يتعد تعليمهم المرحلة الأولية .

٤ - تبين أن ٧١ ٪ من الأحداث المتهمين بالتشرد لا يعيشون فى كنف أسر ،
وأن أغلب الأسر يميزها التصدع النفسى والقسوة البالغة للآباء فى معاملة
الأحداث وكذلك عدم الثبات على طريقة واحدة فى معاملتهم .

ولوحظ فى حالات الأحداث المتهمين بالسرقة أن نسبة الطلاق فى محيط
الآباء والأمهات عالية (١١ ٪) وأن نسبة كبيرة من الآباء (٤٢٫٣ ٪) ومن
الأمهات (٢٨٫٨ ٪) تزوجوا أكثر من مرة .

٥ - كانت نسبة كبيرة من المشردين ومن المتهمين بالسرقة ممن هجرت
أسرهم الريف الى القاهرة ، مما يمكن أن يكون سببا فى عدم تكييفهم للأوضاع
الجديدة مهنيا واجتماعيا ، واضطرار بعضهم الى الاشتغال بأبغس الأجور والى
السكنى فى الأحياء المتخلفة التى يزداد فيها احتمال وجود مناطق الجناح !

ويرى عدد من علماء الاجتماع ، بهذا الصدد ، أن وجود الحدث فى منطقة

من مناطق الجناح يُعتبر من العوامل المساعدة على اتجاهه الى ارتكاب السلوك الجانح بحكم تأثير هذه المنطقة عليه كبيئة تتشكل فيها قيمه وعاداته الاجتماعية .

٦ - اتضح بالنسبة للأحداث المتهمين بالسرقة أن حوالى نصف أسرهم (٤٦٪ على وجه التحديد) تعيش كل أسرة منها فى غرفة واحدة ، وتقل هذه النسبة كلما زاد عدد الغرف فى المسكن .

٣ - وفى دراسة لمختار حمزة عام ١٩٥٣ حول القوى الدينامية المؤثرة على شخصيات الأحداث الجانحين فى البيئة المصرية (١) استخدم فيها اختبار « تفهم الموضوع » كأداة للدراسة ، اتضح أن الجانحين كانوا أكثر ميلا من العاديين الى التخريب والاتلاف والى إيذاء الذات ، كما كانت حاجتهم الى رعاية الغير وعطفهم أشد وضوحا من الآخرين .

واتضح أيضا من تحليل قصص الجانحين التى استجابوا بها الى الاختبار أنها تعرض لضغوط اجتماعية ذات طبيعة خاصة ، منها الحرمان والتبذ ، والعوز المادى ، والضياع ، والرغبة فى التسلط ، والتهديد الخارجى ، والعدوان على البطل !

٤ - وفى عام ١٩٥٧ قام أحمد سلامة بتطبيق نفس اختبار « تفهم الموضوع » على ٥٠ جانحا من نزلاء دار الشباب بالجيزة ممن تتراوح أعمارهم

(١) مختار حمزة ، العوامل الفعالة فى شخصيات الأحداث المشردين فى البيئة المصرية ، فى : مجلة علم النفس ، عدد ٣ (مجلد ٨) ، ١٩٥٣ .

بين ١٥ ، ١٨ سنة وعلى مجموعة ضابطة مساوية للأولى في العدد من أبناء
محلة الرواد بمصر القديمة (١)

ودلت نتائج هذه الدراسة على أن الجانح أكثر امتثالا من غير الجانح
للاختبار ، وأقل منه رفضا للصور وأشد استشارة ، كما أنه ينشئ قصصا
أطول من قصص غير الجانح ! وكانت أكثر قصص الجانحين تدور حول محاور
الجانح والجريمة والمآسى العائلية والأبطال التعساء ، بينما دارت قصص
الأسوياء حول الحب والطموح .. وتعزز النتائج ما توصلت اليه دراسة
حمزة من أن قصص الجانحين كانت تعكس القلق من **الجرمان وفقدان الحب**
والقلق من العقاب والتهديد الخارجى ، كما تبين منها أن من أشد حاجاتهم
وضوحا حاجتهم الى تقبل الوالدين لهم ، والى الانتماء ، والى الطمس ،
وشعورهم بدافع قوى الى العنوان !

ورد الباحث ما تبين له من فروق بين استجابات الجانحين والأسوياء الى
فروق أخرى بين شخصياتهم ، أساسها الاختلاف فى الظروف التربوية
والاجتماعية التى مرت بها كل فئة ..

٥ - واستخدم مصطفى فهمى فى عام ١٩٥٩ اختبارا اسقاطيا آخر هو
اختبار الاتجاهات العائلية (ليديا جاكسون) كأداة للتعرف على الفروق بين
مجموعات ثلاث من الجانحين والعصابيين والأسوياء (٢) .. فكان من
نتائجه أن صورة « العائلة » التى تسود فى استجابات الجانحين فيها كثير

(١) أحمد عبد العزيز سلامة ، تطبيق اختبار تفهم الموضوع على حسابات
مصرية ، رسالة للحصول على درجة الماجستير (قسم الصحة النفسية) كلية
التربية ، جامعة عين شمس ، ١٩٥٧ . (غير منشورة) .
(٢) مصطفى فهمى ، تطبيق اختبار الاتجاهات العائلية على حالات مصرية ،
دار مصر للطباعة ، القاهرة ١٩٥٩ .

من المرارة والقسوة ، وأن الطفل المائل في الصورة شرير وشقي ، والآباء سيئو النية يتجهون الى نبذ أبنائهم !! وكان العدوان هو الاستجابة المميزة لسلوك الجانحين بحسب هذا الاختبار ، نتيجة لشعورهم بنبذ والديهم لهم .

٦ - وأجرى محمد أحمد غالى فى عام ١٩٦٤ دراسة مقارنة بين الجانحين والعصابيين من حيث تنظيم شخصية كل منهم (١) ، وكان يستهدف محاولة وضع اطار نظرى واحد يفسر كلاً من العصاب والجنح فى ضوء دراسة ديناميات السلوك لدى كل من الفئتين . واشتملت عينة الدراسة على ٥٠ من الجانحين من نزلاء بعض دور الملاحظة فى القاهرة ، ٥٠ من العصبيين اختارهم الباحث من بين المترددين على العيادات النفسية ومجموعة ثالثة ضابطة مكونة من ٥٠ من الأسوياء . وكانت أعمار أفراد العينة تتراوح بين ١٠ ، ١٤ سنة .

وقد استخدم فى البحث عدد من المقاييس منها مقياس للثبات الانفعالى ومقياس للقلق الصريح واختبار تفهم الموضوع ومقياس للقيم واختبار صمم الباحث ليقيس مفهوم الذات . . . وتتلخص النتائج التى توصلت اليها هذه الدراسة فى وجود بعض الاختلافات بين نوع تنظيم شخصية الجانح وشخصية العصابى ، وأن هذه الاختلافات تتضح أكثر ما تتضح فى البعد المتعلق بأنواع الحاجات والدوافع المسيطرة على سلوك كل منهما ، وفى أنسـواع القيم المميزة لهما ، وكذلك فى نمط الاستجابة الأكثر شيوعاً فى حالات الاحباط وهو بالنسبة للجانحين النمط العدوانى وبالنسبة للعصابيين عدم المبالاة . . . وقد اتضح وجود تشابه بين الجانحين والعصابيين من حيث مفهوم الذات وكذلك من حيث استجابة القلق ، كما تبين أن كلا منهما بعيد بعداً تاماً عن

(١) محمد أحمد غالى ، دراسة مقارنة للجانحين والعصابيين من حيث تنظيم الشخصية رسالة للحصول على درجة الدكتوراه فى التربية (قسم الصحة النفسية) كلية التربية ، جامعة عين شمس ، القاهرة ١٩٦٤ .
(غير منشورة) .

الفهم الجيد لمشاعر الآخرين ، لسبب ما يشغلها من مشكلات واحتياجات وحاجات غير مشبعة !

٧ - وفي عام ١٩٦٧ أجرى محمد علي حسن دراسة مقارنة بين الجانحين والعاديين من حيث نوع العلاقة بين الحدث والديه (١). استخدم فيها عينة مكونة من ٥٠ حديثا اختيروا من مؤسسة المخرج للبنين و ٥٠ من العاديين من طلبة المدارس الإعدادية العامة والعملية ، حيث تمت مزوجة المجموعتين في السن (١٢ - ١٥ سنة) والذكاء (حول المتوسط) والوضع الاقتصادي الاجتماعي ، كما كانت العينة كلها من الذكور .

وقد استخدم في الدراسة اختبار الذكاء المصور ، واختبار الذكاء غير اللفظي ، واختبار رودجرز لدراسة شخصية الأطفال الذكور ، واختبار ارتباطات الطفولة ، ومقياس للقلق ، فضلا عن استفتاء قام الباحث بتصميمه لدراسة أساليب المعاملة الوالدية .

وكان من أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة ما يلي :

(١) أن هناك فروقا دالة بين الجانحين والعاديين في ظروف الطفولة وخبراتها ، التي كانت في مجموعة الجانحين أشد سوءا وقسوة وابطالا وإهمالا وقصورا !

(ب) أن أساليب التربية التي تعرض لها الجانحون كانت في جملتها تقوم على **النبد والإهمال والقسوة والعقاب الصارم** . وقد ارتبطت هذه النواحي بالآباء أكثر من ارتباطها بالأمهات .

(١) محمد علي حسن ، علاقة الوالدين بالطفل وأثرها في جناح الأحداث ، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في التربية (قسم الصحة النفسية) كلية التربية ، جامعة عين شمس ١٩٦٧ . (غير منشورة) .

(ج) كان الجانحون أقل اتصالاً نفسياً بوالديهم وخاصة الآباء وكانوا أقل التقاء مع والديهم في ألوان النشاط الاجتماعي .

(د) وجدت فروق دالة بين الجانحين والعاديين في بعض نواحي الشخصية ، فكان الجانحون أكثر شعوراً بالنقص وأكثر استغراقاً في أحلام اليقظة وأشد حدة من حيث سوء التكيف العام وأكثر ميلاً إلى أشكال السلوك غير المقبول اجتماعياً كما وجدت فروق بين الجانحين والعاديين فيما يتعلق بمشاعرهم واتجاهاتهم بآراء والديهم وتقديرهم لهم .

وتلتقى الدراسات السابقة على تنوعها واختلاف الأدوات والعينات المستخدمة فيها على كثير من السمات المميزة للجانحين ، ومن أهمها العدوان ، وما يفسر هذا العدوان وما يرتبط به من قلق وافتقار للأمن والطمأنينة نتيجة الحرمان من إشباع الحاجات النفسية الهامة للحدث ومن الخبرات الإيجابية البنائية في الأسرة خاصة .

توجيه الأحداث المعرضين للانحراف :

بالنظر إلى ما تبين في الدراسات السابقة وغيرها من الدراسات التي أجريت في الخارج ، من أن جناح الأحداث هو مشكلة حضرية وأن الاهتمام بها يجب أن يوجه إلى الرقعة الحضرية من المجتمع . وبالنظر إلى وجود بؤر معينة معروفة في المدن الكبرى المزدهمة ينتشر فيها الأحداث المنحرفون والذين يخشى عليهم من الانحراف ، وهي التي يسميها علماء الاجتماع « مناطق التفريخ » فإن الجهود الرامية إلى الحد من مشكلة جناح الأحداث يجب أن تتركز في تلك المناطق بالدرجة الأولى وأن يتجه القسم الأكبر منها إلى شلل الأحداث قبل أن تتحول هذه الشلل إلى عصابات للجناح والجريمة !! ويوضح أنيس عبد الملك الدور الذي يمكن أن تقوم به « خدمة الجماعة »

فى منع الأحداث من الانحراف فى تلك المناطق ، فى محاولة التعرف أولا على أماكن تجمع شللهم وأوقات تجمعها وخصائص هذه الشلل وطبيعتها ، ثم يحاول الأخصائى الاجتماعى المسئول أن يتصل بتلك الشلل ويثابر على إيجاد الصلات بينه وبينها . وبعد أن ينجح فى إقامة علاقة مهنية سليمة معها ، عليه أن يساعدها على التفهم الصحيح لمجتمعها بحيث لا تعتبره مجتمعا معتديا عليها . ومتى نجح فى ذلك فإنه يعمل على معاونة الجماعة على إعادة النظر فى قيمها وتقاليدها ، ويحاول أن يربط نشاط الشلة بالامكانيات القائمة فى المجتمع ، حتى يوجد الصلات بين الشلل والمجتمع وحتى لا تنحرف الشلل وتتحول الى عصابات ! (١)

وقد يتعاون الأخصائى الاجتماعى مع آباء أفراد من هذه الشلل ومع قادة المجتمع ورجال الشرطة الى جانب بعض الفنانين ، فى وضع الخطط والبرامج لمساندة جهوده المبذولة فى العمل مع الشلل بالمجتمع .

ويجب أن يعمل الأخصائى الاجتماعى على معاونة هذه الشلل للانضمام كجماعات أو كأفراد ، الى مؤسسات اجتماعية ملائمة فى البيئة المحيطة . كما يجب العمل على إيجاد أمثال هذه المؤسسات - كمؤسسات أوقات الفراغ - مثلا - اذا لم تكن متوافرة فى تلك البيئة .

(١) أنيس عبد الملك وآخرون ، خدمة الجماعة فى المجتمع الاشتراكي ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، الطبعة الأولى ، ص ٤٠١ - ٤٠٤ .

لمحة عن :

الم —لاج النفسى الجمعى

استخدام المجموعة فى العلاج النفسى

أشرنا فى الفصل الثالث من الكتاب الى الأزمة العالمية فى المعالجين النفسيين ، وقلنا ان بعض البلدان المتقدمة توصلت الى حل مريح تخطت به حدود الأزمة ، وذلك بالالتجاء الى « العلاج النفسى الجمعى » على اختلاف أساليبه وطرائقه - أى علاج عدد من المرضى معا فى مجموعات صغيرة ، مما يؤدى الى خفض كبير فى نفقات العلاج وفى عدد المعالجين وفى الجهد المبذول من جانب هؤلاء المعالجين .

وأوردنا رأينا بأن وسيلة العلاج الجمعى هى أنسب ما تكون لظروف بلد نام كبلدنا يعانى من الفقر الشديد فى المعالجين النفسيين ومن المستويات الاقتصادية المنخفضة لسواده الأعظم ، وأنه ينبغى ادخال هذه الوسيلة الى مستشفياتنا وعياداتنا النفسية ومؤسساتنا العمالية والطلابية على اعتبار أن ذلك هو أحد الحلول الجذرية لمشكلة الصحة النفسية على المستوى العلاجى فى الجمهورية العربية المتحدة ، فضلا عن أن العلاج الجمعى وفلسفته الاجتماعية هو أقرب أنواع العلاج النفسى الى تحقيق المبدأ الاشتراكى .

وقد دعانا هذا التصور الى تخصيص الفصول التالية من هذا الكتاب لتناول موضوع العلاج النفسى الجمعى بشئ من التفصيل ، حيث ستعالج هذه الفصول الأسس السيكولوجية والاجتماعية لهذا العلاج ، واستخداماته المختلفة ، والطرق والأساليب المتبعة فيه ، وتشكيل مجموعات العلاج ، وبعض التجارب التى أجريت على العلاج النفسى الجمعى فى الجمهورية العربية المتحدة .

الفصل السادس

الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي الجمعى

قام العلاج النفسى الجمعى أساسا كوسيلة للاقتصاد فى الوقت والنفقات التى تتطلبها العلاج النفسى • وساعدت الحرب العالمية الثانية بصفة خاصة على انتشار هذه الوسيلة واجراء التجارب المختلفة عليها وابتكار أشكال متنوعة جديدة للعلاج الجمعى •

وفى ذلك يقول جونز : « ان الضرورة تقتق الحيلة •• ولقد كانت الضرورة التى نشأت خلال الحرب العالمية الأخيرة ، بسبب الزيادة الكبيرة فى حالات الأمراض النفسية والعقلية والنقص الذى قابل ذلك فى عدد الأطباء المعالجين •• كانت هذه الضرورة هى الحافز الرئيسى على التوسع فى تجربة الأساليب الاجتماعية فى العلاج النفسى •• ذلك أنه لم يكن من المعقول أو من الممكن علاج جميع الحالات علجا فرديا • وبالإضافة الى ذلك ، فقد كان نوع المرضى النفسيين من الجنود والأسرى العائدين ممن لا تفلح معهم - فى أغلب الأحوال - انطرق المألوفة فى العلاج النفسى •• واقتضى هذا الالتجاء الى العلوم الاجتماعية ، مثل علم الاجتماع وعلم الأجناس ، للاسترشاد بأساليبها ومبادئها فى تجربة طرق جديدة فى العلاج (١) •

وكان مما يسر مهمة العلاج الجمعى للمرضى النفسيين من الجنود ، ذلك التشابه الكبير فى مشكلاتهم وأعراضهم المرضية بل وفى ظروفهم المعيشية فى الحرب التى أدت الى تلك المشكلات ، مما أوجد حقا مثاليا لتجارب فى العلاج الجمعى •

(١) مكسويل جونز وآخرون (ترجمة صموئيل مغاريوس) الطب النفسى الاجتماعى ، دار المعارف بمصر ، القاهرة ١٩٦١ ، ص ٩ - ١٠ •
(م ١١ - الصحة النفسية)

على أنه سرعان ما تبين أن استخدام المجموعة في العلاج - وإن كان قد قصد به في مبدأ الأمر الاقتصاد في وقت العلاج ونفقاته - هو استخدام يمكن أن ينبني على أصول وأسس سيكولوجية واجتماعية هامة !!

ومن أهم هذه الأسس حقيقة أن الإنسان هو بالضرورة كائن اجتماعي ، وإن حاجاته النفسية الأساسية (من مثل حاجته إلى الأمن ، وإلى النجاح ، وإلى التقدير والمكانة ، وإلى الشعور بالانتماء والاحساس بالمسئولية نحو الآخرين ، وإلى تبادل العطف والعاطفة .. إلخ) هي بنفس الوقت حاجات تملئها - كما تليها - عضوية الفرد البشري في الجماعات الانسانية المتنوعة .. كما أن مثل الإنسان العليا ، وقيمه ومعتقداته ، واطر تفكيره ، بل وأسباب الصراع والتوافق عنده ، انما ترتبط ارتباطا وثيقا بثقافة الجماعات التي يتفاعل معها ويحيا ضمنها - وما بها من ضغوط وتعصب أو تخلخل وتسامح ، كما ترتبط كذلك بنوع ومدى العلاقات الاجتماعية التي ينشؤها الفرد في هذه الجماعات .. ومن هنا ، كان من الأمور الطبيعية أن يكون السبيل إلى تصحيح السلوك وعلاج الأخطاء التي أدت إلى سوء التوافق ، هو الاستعانة بالجماعة ، بشرط أن تكون جماعة علاجية مؤسسة على أسس نفسية علمية ، وبحيث ترمي هذه الجماعة إلى معاونة المريض على تكوين علاقات اجتماعية ناجحة وتستهدف إشباع حاجاته النفسية وتعديل مفاهيمه وقيمه الاجتماعية وآرائه ومواقفه من الناس !

وتزداد أهمية هذه الفكرة وضوحا إذا ذكرنا أن من أول أهداف العلاج النفسي عموما ، هدف استعادة الفرد على التوافق الاجتماعي وعلى العيش والاسهام في المجموعات التي يتفاعل معها .. ومعنى هذا أن الفرد ينبغي له أن يتمرس على أساليب السلوك الاجتماعي التي تجعله مقبولا من الجماعة والتي تجلب له في وسطها التقدير والمكانة الاجتماعية ! ..

ولا سبيل إلى ممارسة هذا السلوك الاجتماعي في الفراغ ، فلا بد من « وسط ما » لممارسته . والمجموعة العلاجية هي هذا الوسط ، يتعلم فيها

المريض ما لم يسبق له تعلمه - لاعتبارات خاصة - من الأخذ والعطاء والحق والواجب وتبادل الخبرات والتجارب ، ويحاول فيها محاولاته للتلاؤم والتوافق تمهيدا واعدادا لتوافقه مع المجتمع الخارجى ومع سائر الجماعات الطبيعية التى يجد نفسه منخرطا فيها -

ومن المعروف ان العزلة الاجتماعية ، ان لم تكن أحد أسباب المرض النفسى فهي عامل من عوامل تدعيمه وتثبيتته . فالمرضى النفسى ، ومن كان يعاني عيبا أو نقصا بدنيا أو اجتماعيا ، يحاول غالبا أن يتجنب الناس ، ويأخذ فى التباعد التدريجى عنهم الى أن يعزل نفسه فى النهاية عن خاصة معارفه وأقربائه ، مداراة لنقصه وتحرجا من مواجهة الآخرين . . . الا ان هذا الابتعاد عن الناس ، بدلا من ان يؤدي - كما كان يروم ويشتكى - الى تخففه من آلامه ومشاعره بالنقص ، يؤدي فى الواقع الى مضاعفة مشكلة المريض وزيادة حدة شعوره بالنقص . . . وهكذا يستمر المريض فى الدوران فى حلقة مفرغة لا سبيل الى تحطيمها فى الواقع الا عن طريق ادماجه بالمجتمع وتشجيعه على الاختلاط بالناس وتكوين علاقات اجتماعية معهم . . . وبعبارة أخرى فلا بد من مواجهة المريض مواجهة مباشرة لمشكلته ولا بد له من معاشتها ومقارعتها بدلا من التهرب منها ومحاولة تجاهلها وإخفائها عن نفسه وعن الناس ! وقد يبدو هذا الأمر صعبا بل مستحيلا فى الظروف العادية ، ولكنه يصبح أمرا ميسرا ومقدورا عليه داخل المجموعة العلاجية التى تتاح لها ظروف ومواصفات خاصة مهيئة للاندماج والتفاعل الاجتماعى ، وخاصة ان هذه المجموعة تضم مرضى آخرين يعانون من مشكلات وأوضاع شبيهة بأوضاع المريض ومشكلاته !

ومن أهم العمليات العلاجية التى يعتمد عليها العلاج الجمعى ، تآشير المرضى بعضهم على بعض داخل المجموعة العلاجية حيث لا يتركز العلاج فى الموقف الجماعى على شخص المعالج وحده بل يصبح كل مريض مصدرا من مصادر العلاج لغيره من المرضى ، وحيث لا تقوم علاقة « تحويل » واحدة

بين المريض والمعالج النفسى بل تنتشر علاقات التحويل وتوزع على الأفراد الآخرين فى المجموعة ، وحيث تتضاعف التأثيرات العلاجية التى يتأثر بها المريض الواحد ، ويصبح كل مريض مرسلا ومستقبلا لهذه التأثيرات العلاجية المختلفة ، يؤثر ويتأثر بغيره من المرضى ، ويطلب ويطلب له فى الوقت نفسه ! ..

ومعنى هذا بعبارة أخرى أن المرضى المختلفين يستطيعون أن يقوموا بدور ايجابى فى علاج واحد منهم ، فلا يعتمد العلاج فى هذه الحالة على المعالج النفسى وحده كما فى الموقف الفردى ، بل يصبح المرضى الآخرون من الأدوات المساعدة على هذا العلاج . ويمكننا أن نزيد الفكرة وضوحا بالتشبيه بالاختلاف القائم بين التعليم فى المدرسة القديمة الذى كان يقوم على اكتاف المدرس وحده ، وبين التربية الحديثة التى أصبحت مهمة المدرس فيها هى مراقبة وتوجيه عملية التعليم التى تعتمد أصلا على نشاط تلاميذ الفصل جميعا وعلى ما ينشأ بينهم من تفاعل واحتكاك !

ووجود المرضى الآخرين يتيح للمريض عقد المقارنات العديدة بين مشاعره ومشكلاته وبين مشاعر الآخرين ومشكلاتهم . وتسهم عمليات « التوحد » التى تنتج عن هذه المقارنات فى استبصار المريض بنواح من مشكلته ما كان ليستبصر بها لولا مشاهدتها فى تلك « المرأة » المسماة بالمجموعة العلاجية ، والتى بواسطتها يرى المريض نفسه ومشكلاته ممثلة فى حياة الآخرين ومشكلاتهم !

وكما يدرك المريض مشكلاته ادراكا أعمق وأكثر وضوحا عن طريق ادراكه لمشكلات الآخرين الشبيهة - والمضادة أيضا - فانه يكتشف كذلك فى المجموعة العلاجية حلولا واستجابات للآخرين تجاه هذه المشكلات لم تكن لتخطر له على بال ! وتؤدى المناقشات الجماعية التى تدور فى جلسات العلاج ، الى تبلور اتجاه جماعى وظهور حلول تتفق عليها المجموعة بالنسبة لكثير من المواقف .. وعن هذا الطريق يضيف المريض نواحي جديدة الى

تجرباته ، ويصبح أكثر إدراكا لوجود أنماط سلوكية متعددة غير أنماطه وعاداته .
ولقد تتيح له المجموعة فوق ذلك أن يجرب بعض هذه الأنماط الجديدة
فعلا ، وأن يحقق بذلك شيئا وانجازا لم يعهدهما من قبل !

وهناك اعتبار على درجة كبيرة من الأهمية يجعل الالتجاء الى المجموعة
كوسط علاجي أمرا حيويا ، وخصوصا في المجتمعات الاشتراكية . وهذا
الاعتبار هو أن الحياة في عصرنا الحاضر أصبحت تعتمد أكثر وأكثر على العمل
في جماعات وعلى الجهود المتضافرة المشتركة لعدد كبير من الأفراد ..

لم يعد هناك انتاج أو عمل مؤثر يمكن أن ينهض به افسان بمفرده ،
وانما ينهض هذا الانتاج نتيجة للجهد الجماعي والعمل التضامني ، ونتيجة
لتشابك الأيدي واحتكاك العقول ، والمناقشات الجماعية في الحلقات واللجان
ومجالس الادارة والمؤتمرات في شتى الأجهزة والمؤسسات .. ومن أجل ذلك
فالإنسان الحديث لا يمكن أن يصبح مواطنا منتجا ما لم يتمرس على أساليب
التفاعل الاجتماعي وما لم يكتسب المهارات المهيئة للتعاون مع الجماعة .
وهذا كله بعض ما تفيد المجموعة العلاجية في اكسابه للمنخرطين فيها .

ومع التوسع في العلاج الجمعي والتوصل الى مزيد من الدقة والاحكام
في طرقه وأساليبه نتيجة للتجارب المتصلة في هذا الميدان الفسيح ، ينتظر
أن تصل البشرية الى مرحلة جديدة من مراحل تطور العلاج النفسي ، ولقد
شارفت على هذه المرحلة بالفعل !

في هذه المرحلة الجديدة سوف ينسلخ العلاج النفسي من أرسطراطيته
وطبقيته الحالية واقتصاره على فئة ضئيلة من أفراد المجتمع ، هم ذوو الثقافة
الخاصة الذين يمكن اخضاعهم للتحليل النفسي (الفردي) وأصحاب الدخل
العالى الذين يستطيعون تحمل نفقاته !

سوف يمتد العلاج النفسي الى أكبر عدد من المحتاجين اليه ، وسيصبح

ميسوزا لكل الفئات والطبقات .. وستقوم مراكز العلاج الجمعى مقام
« المستوصفات » فى العلاج البدنى ، وتقوم الأندية العلاجية الملحقه بهذه
المراكز مقام « الصيدليات » التى تصرف الدواء !!

ان العلاج النفسى الجمعى علاج يتمشى مع روح العصر والاتجاهات
الاشتراكية الحديثة فى سائر نواحي الحياة • وفلسفته الاجتماعية تتلخص
فى مد يد العون الى كل من يحتاجه • الى العمال والموظفين والطلبة وسائر
المواطنين •

القوى الفعالة في العلاج الجمعى (١) :

تنفرد طريقة العلاج الجمعى ببعض المقومات والخصائص التى لا تتوافر للعلاج الفردى ، فى حين أنها تشترك مع طريقة العلاج الفردى فى مقومات أخرى .

وفيما يلى بعض من أهم العمليات الدينامية والقوى الفعالة فى العلاج النفسى الجمعى التى ينفرد بها هذا العلاج ، والتى تنبعث أساسا مما ينشأ داخل مجموعة العلاج من تفاعلات وتأثيرات متبادلة بين أفراد المجموعة :

١ - التخفف من الشعور بالاختلاف :

يعتقد المريض نفسيا أنه شخص شاذ مختلف عن جميع الناس ، وأن أحدا غيره لم يبتل ببلوته . ويؤدى وجوده بين المرضى الآخرين فى جو المجموعة العلاجية الى اقتناع سريع بخطأ هذه الفكرة ، مما يخفف من حدة شعوره بالاختلاف والدونية وما يساعد على إعادة تقييمه لمشكلته ولا يقسمها لغير موضعها الصحيح ، وعلى ادراكه أن المشكلات النفسية تدخل ضمن نطاق الصعوبات العامة التى تقابل كثيرا من الأفراد لدى محاولاتهم للتوافق مع بيئاتهم .

وتبعاً لذلك ونتيجة لعملية أخرى هامة تتم فى داخل مجموعة العلاج وهى المناقشة الجماعية ، يقوم المريض بإجراء كثير من التعديلات على النتائج التى انتهى إليها قبلا عن نفسه وعن الناس وعن العالم الخارجى عموما . . كما

(١) انظر : صموئيل مغاريوس ، « العلاج الجماعى لحالات اللجلجة » ، فى : « مجلة الصحة النفسية » ، ديسمبر ١٩٦٠ ، وانظر أيضا بحثا بالانجليزية للمؤلف ، بعنوان « Factors in Group Therapy » . نشر فى مجلة :

يمكن أيضا من أن يرى أن عاداته السيئة ووساوسه ومواقفه العدوانية ليست وقفا عليه وحده دون غيره من الناس ، وليست موجبة للخزي والعار اللذين طبعا حياته وتفكيره فيما مضى !

٢ - التخفف من مقاومة المريض للتحديث عن مشكلاته :

ان المشكلات التي يتعرج المرضى من طرقها ويبدون أشد مقاومة في البوح بها ومناقشتها في جلسات العلاج الفردي ، يسهل عليهم تناولها عادة في الجلسات الجماعية - وهذا ما وجدته كل من اشتغل بالعلاج الجمعي .

والسبب في ذلك أن المريض يسهل عليه أن يتحدث عن مشكلاته الشخصية عندما يكتشف أن غيره من المرضى لهم نفس المشكلات أو مشكلات شبيهة وعندما يستمع اليهم وهم يتحدثون عن هذه المشكلات ، كما يصبح أكثر رغبة في التعرف على صراعاته ونواحي القصور في شخصيته اذا أدرك أنه يشترك غيره من المرضى في هذه الأشياء .

والمسألة تبدأ عادة بمناقشة عامة غير موجهة وغير شخصية ، وتندرج - بعد اطمئنان المرضى الى مشاركة بعض زملائهم لهم في مشكلاتهم وصعوباتهم - الى حديثهم المستفيض عن أنفسهم والى توالى اعترافاتهم بصعوباتهم الخاصة ودقائق حياتهم . . . وتصل تصريحات المرضى ومناقشاتهم في رأى بعض المعالجين الى مستويات لا شعورية على درجة لا بأس بها من العمق !

وقد حدا هذا ببعض المشتغلين بالعلاج الجمعي الى استغلال الطريقة في توجيه آباء الأبطال المشكلين ، حيث تبين أن وجود آباء آخرين لهم مشكلات شبيهة يصعرون الى إيجاد حلول لها ، لما يساعد كل أب على تقبل أخطائه بشكل موضوعي هادئ وعلى التهيئة النفسية لاكتساب الاتجاهات السليمة في معاملاته وعلاقاته الأسرية .

ويترتب على التخفف من المقاومات المختلفة الذى يتيح العلاج الجمعى ،
إمكان التأثير على المرضى وتعديل اتجاهاتهم بسرعة أكبر مما يتأتى فى
الجلسات الفردية .

٣ - النشاط العمل والاجتماعى :

ان سلبية المريض خلال الفترات التى تتخلل جلسات العلاج الفردى هى
أحدى مشكلات ذلك العلاج ، وكثيرا ما تؤدي هذه السلبية الى مضاعفات
مرضية غير مرغوب فيها . أما العلاج الجمعى فانه يعتمد - وخصوصا فى
بعض طرائقه القائمة على النشاط والحركة أو القائمة على التمثيل الدرامى -
على الدور الايجابى للمريض فى العلاج وعلى اشتراكه فى النشاط الذى
تمارسه المجموعة بشكل فعال .

ولا يقتصر النشاط فى المجموعات العلاجية على النشاط ذهنى والنشاط
الاجتماعى وحدهما ، بل يمتد فى بعض هذه المجموعات الى النشاط الحركى
العملى فى فترات خاصة . ومن ذلك العلاج بالعمل الذى يشجع استخدامه
فى كثير من المجموعات ، والذى يهدف فيما يهدف اليه الى اشباع حاجة
المريض الى الانجاز والتحقيق . وفى هذا الصدد فانه لا بد أن نذكر أن عددا
غير قليل من المرضى النفسانيين هم من فئة المثاليين النظريين الذين يشغلون
كثيرا بالتأملات النظرية أو الذين يعملون بمهن تعتمد على الذهن وحده .
وبعض هؤلاء يغفل تاريخهم بالفشل فى العمل أو فى تحمل المسئولية - ولذلك
فان إتاحة الفرصة لهم للانجاز والنجاح المحسوس عن طريق قيامهم بأعمال
محدودة تؤدي الى نتيجة ملموسة سريعة ، له أثر فعال فى تحسينهم !

ومن أهداف النشاط المتنوع فى المجموعات العلاجية للأحداث الجانحين ،
تفريغ نزعاتهم العدوانية بتحويلها الى موضوعات الجماد ، كالصلصال وأجهزة
وأدوات اللعب المختارة والمبارزة وما الى ذلك .

ولعل قيمة النشاط العلاجية تبرز بصفة خاصة بالنسبة للمرضى الداخليين. بالمستشفيات والذين انقطعوا عن الحياة العامة مدداً طويلة ، فان ادماج هؤلاء المرضى فى مجموعات النشاط العلاجية قبيل مغادرتهم المستشفى يخدم هدفاً من الأهداف الأساسية للعلاج النفسى ، وهو استعادة قدرة المريض على العيش مع الجماعة والاسهام فى خدمتها . وليس أفضل من أن يتمرس المريض على ذلك فى جو المجموعة العلاجية الذى يتيح له حرية تامة وتشجيعاً وتعضيداً بدرجة كبيرة .

٤ - التفريغ الجمعى والعلاقات الاجتماعية الجديدة :

يرى بعض المعالجين النفسيين أن المجموعة العلاجية هى صورة للأسرة ، التى يقوم فيها المعالج بدور الأب البديل ويقوم الأخصائيون والأخصائيات المساعدون والمرضى الآخرون بدور الاخوة والأخوات (وقد يكون من بينهم أيضاً بديل للأم أو الزوجة أو الزوج بالنسبة لبعض المرضى) . ويرى أصحاب مدرسة التحليل النفسى - ممن ولجوا باب العلاج الجمعى - أن علاقات المريض فى المجموعة العلاجية إنما تخدم غرض تفريغ شسحناته الانفعالية والتخلص من عقده التى تكونت فى الأسرة والتى تدور حول العلاقات داخلها !

وفى رأينا أن المجموعة العلاجية لا تمثل الأسرة - ولا ينبغى لها أن تمثلها - الا اذا أردنا لها أن تكون كذلك عند تشكيلنا لها ، والا اذا أخذنا بنظم خاصة فى ادارة دفتها وفى الأساليب العلاجية المستخدمة معها

والأسرة مع اعترافنا بأثرها الهام فى صياغة الشخصية والتأثير عليها ، ليست هى المجموعة الوحيدة ذات التأثير على المشكلات السلوكية وعلى اتجاهات الشخصية سيما بالنسبة للبالغين . وترتيباً على ذلك ، فانه يحسن أن نرمى - فى الحالة العامة - الى أن تمثل المجموعة العلاجية المجتمع الموسع على اطلاقه ، مع فارق واحد هام وهو أن تشتمل المجموعة العلاجية او

الناسى العلاجى على نماذج للعلاقات الانسانية ولأنماط السلوك تغالف تلك
التي ألفها المريض فى بيئاته الأصلية والتي كان لها نصيب واضح فى
الاسهام فى مشكلته .

ولا يمنع هذا من تعدد تمثيل المجموعة العلاجية للأسرة فى بعض الأحيان
بحسب حاجة المرضى وحالاتهم الخاصة وبحسب أهداف العلاج ، ولكن ذلك
لا يمثل الواقع دائما أو لا ينبغى له أن يكون كذلك .

ومهما يكن الأمر ، فإن نجاح طريقة العلاج الجمعى يعتمد الى حد كبير على
العلاقات الجديدة التى يقيمها المريض فى مجموعة العلاج وعلى السند الوجدانى
الذى تهيؤه هذه العلاقات وقدرتها على التأثير على مفاهيمه القديمة وعلى نظراته الى
الناس والمجتمع ، وقدرتها كذلك على تفريغ شحناته الانفعالية المرتبطة
بمشكلاته فى نواحي العلاقات الاجتماعية .

٥ - الملائمة الاجتماعية :

لكل جماعة من الجماعات البشرية أحكامها ومثلها السلوكية التى يشترك
أعضاؤها فى ترسيبها ، ويقيدون أنفسهم بها بالتالى .

ونظرا لشدة الحاجة الى الانتماء عند الفرد البشرى - تلك الحاجة التى
عبر عنها بعض العلماء بالجوع الاجتماعى - فإن عضو الجماعة يحاول أن
يهدب من أنانيته ونزواته الشخصية وأن يتخلص من تمركه حول ذاته ،
حتى ينتظم مع الجماعة ويظفر منها بالقبول والتقدير . . ذلك أساس عملية
« التأنيس » أو التطبيع الاجتماعى ، وهى عملية يمارسها الفرد منذ طفولته
الأولى ، وتهىء لها مرونة السلوك البشرى وقابلية الانسان للتعلم وحاجته
الماسة الى الانتماء وعضوية الجماعات .

هنا عن الفرد العادى . أما المرضى النفسيون فإنهم يعانون - لأسباب فى ظروف تنشئتهم الاجتماعية - من قصور واضح فى نمو « الأنا » أو « الذات » يحول بينهم وبين الانطلاق التام لطاقتهم النفسية فى اتجاه الآخرين ، ويدفع بهم الى الانكماش والتوقع والتمركز حول الذات فى بعض الأحيان أو الى التهور والتهجم والسلوك العدوانى الا اجتماعى فى علاقاتهم بالناس فى حالات أخرى ؟

وهم لذلك بحاجة ماسة - تفوق الآخرين - الى الخبرات التى تهيم لتعلمهم أو لإعادة تعلمهم الأساليب المفيدة فى التلاؤم الاجتماعى ، والى توجيه طاقتهم النفسية نحو الناس ونحو المجتمع توجيهها طابعة الاتزان والهدوء .

ويساعد على اكتساب هذه الخبرات فى المجموعة العلاجية الطريقة الخاصة التى تشكل بها تلك المجموعة والأساليب العلاجية التى تتبع فيها ، فضلا عن تعاطف المرضى بعضهم مع بعض والمشاركة الوجدانية بينهم التى أساسها صعوباتهم وآلامهم المشتركة واحساسهم لذلك بالتوحد والمجانسة .

ان الأتم الواحد والأمل الواحد خير دافع للمرضى على التخلص من التفكير المتمركز حول ذواتهم وحول مشكلاتهم الشخصية ، وعلى توجيه طاقتهم النفسية نحو الأشخاص الآخرين ، وأخذهم بعضهم بيد بعض .

٦ - الملائمة للجنس الآخر :

ويدخل فى باب الملائمة الاجتماعية ، الملائمة لأفراد الجنس الآخر . ويلاحظ بهذا الصدد أن كثيرين من المرضى نفسيا يعانون من الخجل من الجنس الآخر ، أو من اتجاهات ضريحة أو كامنة نحو الجنسية المثلية ، أو من تعلق زائد بالأم أو بالأخت يعوق عن السلوك الطبيعى نحو أفراد الجنس الآخر أو نحو زوجة المستقبل ، أو غير ذلك من المتاعب والانحرافات ذات الأصول الجنسية .

ولا ندعى أن المجموعة العلاجية المختلطة قادرة على أن تعالج بشكل تلقائي جذور هذه المشكلات التي تحتاج لا شك الى دراسة تحليلية متعمقة في كل حالة منها ، ولكن المجموعة تستطيع عن طريق اتاحة الاختلاط في جو مهده مدروس وبتخير بعض المواقف العلاجية ضمن النشاط العام الذي تمارسه المجموعة (وهو ما يسمى بالعلاج الموقفى) أن تهيىء للمرضى من الجنسين فرص المواجهة الصريحة لبعض مشكلاتهم في مجال الجنس ، وأن تساعدهم على اكتساب الخبرات والمهارات الاجتماعية التي تفيدهم في النجاح في المجالات الاجتماعية المختلطة .

٧ - الاستبصار الجديد :

ونتيجة للعمليات السابقة جميعها ، تهيىء المجموعة العلاجية للمريض رؤية جديدة لنفسه ومشكلاته . . . وقد سبق لنا أن شبهنا المجموعة العلاجية بالمرآة التي يرى المريض فيها نفسه كما يرى فيها غيره أيضا ، فتساعده هذه الرؤية على اجراء المقارنات مع الآخرين - ليس فقط بالنسبة للمشكلات التي يعانون منها ومدى مشابهتها أو مخالفتها لمشكلاته الخاصة ، ولكن بالنسبة كذلك للتحول التي يتخذها الآخرون والأساليب التي يتبعونها في مواجهة هذه المشكلات . . . وهذه في حد ذاتها عملية تعلم واكتساب وتثبت من الخطأ والصواب لا يمكن أن تتم بغير الاطلاع والرؤية اللذين يتيحهما وجود الآخرين والاحتكاك بهم والتفاعل معهم .

ويتبين المريض بين حالات المجموعة العلاجية من هم أسوأ حالا منه ومن هم أحسن حالا منه كذلك . . . ووجود الأولين يهده من روعه ويخفف من احساسه بخطورة حالته ، كما أن وجود الآخرين يحيى عنده الأمل في الشفاء ويرسم أمامه صورة مجسمة للخطوات التي يمكن أن يتدرج اليها في طريق الشفاء . . . ووجود هؤلاء وأولئك يساعده على وضع مشكلته في موضعها الصحيح ، ويهيىء بالتالى لاعادة تقييمها ولتعديل احكام المريض السابقة عنها .

وتؤدي المناقشات الجماعية كذلك الى تعميق المفاهيم الجديدة وتدعيم خبرات المريض المكتسبة خلال مشاهداته وتفاعلاته في المجموعة العلاجية ، فتتهيء بذلك لاستبصار جديد ورؤية جديدة !

وتساعد النماذج الجديدة للعلاقات الاجتماعية التي تعتمد بعض طرق العلاج الجمعي الى ابرازها وتوضيحها على اهتزاز المفاهيم القديمة للمرضى عن شكل السلطة ونوع العلاقات بين الأفراد في المجتمع ، مما يؤثر على أنماط السلوك المعتادة لهؤلاء المرضى !

وهكذا فان الاستبصار في أساليب العلاج الجمعي ، انما يتأتى كنتيجة طبيعية لما يطرا من تعديل على علاقات المريض وخبراته الانفعالية ، نتيجة لا يمارسه من أنشطة وعمل واحتكاك ببعض المواقف المقصودة في حياة المجموعة ، ونتيجة للمناقشات والتحليل الجمعي ايضا .

ويختلف العلاج الجمعي في هذا الصدد عن العلاج الفردي ، في أن العلاج الجمعي لا يبدأ بالمناقشة الذهنية بل من الخبرة العملية المباشرة ببعض المواقف ، ويصل الى الاستبصار عن طريق المعاناة الانفعالية لهذه المواقف الفعلية وما يتصل بها من نشاط نزوعي .. ثم تأتي المناقشة العقلية بعد ذلك كخطوة أخيرة على طريق الاستبصار .

٨ - إعادة تنظيم الشخصية :

تختلف توقعات المشتغلين بالعلاج الجمعي فيما يتعلق بالدور الذي يلعبه في إعادة تنظيم شخصية المريض . فبعضهم يذهب الى أن العلاج الجمعي قادر على إحداث تغييرات أساسية في اتجاهات المريض ونظرته الى الحياة، الى الدرجة التي يعاد فيها تنظيم الشخصية بالكلية ومن هؤلاء Slavson الذي يدعى أن طريقته تحدث تعديلا جوهريا على تكوين « الأنا » عند الأحداث الجانحين وأن الحدث يشق طريقه - من خلال العلاقات التي

يكونها مع المعالج وأفراد مجموعة العلاج - إلى ادراك أكثر واقعية وأكثر اتزاناً للبالغين وللعالم الخارجى ومطالبه • ومن هؤلاء أيضا bierér الذى يرى أن أسلوبه العلاجى الذى يركز على خلق مواقف مقصودة بالذات فى حياة المجموعة يستهدف أحداث تغيير كامل فى شخصية المريض •

غير أن غالبية أصحاب مدرسة التحليل النفسى لا يتوقعون أن يكون التنظيم الجديد للشخصية أكثر من تنظيم جزئى فقط ، ويقررون أن الهدف العلاجى فى العلاج الجمعى ينبغى أن يكون أكثر تواضعا مما نرمى إليه فى التحليل النفسى الكامل ، وأن يقتصر على تمكين المريض من استئناف وظائفه المعتادة فى الأسرة والعمل والحياة الاجتماعية خلال فترة معقول من الزمن •

ويرى Ackerman أن الاتصال بالقوى اللا شعورية فى جو المجموعة العلاجية أمر عسير المنال وأن التأثير عليها بطريقة منظمة هو أسهل فى التحليل الفردى منه فى التحليل الجمعى • وهو يقدر للمجموعة ميزتها الأساسية فى خلق واقع اجتماعى يساعد المريض على تقييم حالته الخاصة ، ولكنه مع ذلك يشعر أن تسخير ديناميات المجموعة فى مواجهة النمساذج الظاهرية للصراعات الانفعالية أى تلك التى يكون الصراع فيها ناشئا بين الفرد وبيئته قد يكون أمرا ميسورا ، إلا أن تسخيرها فى مواجهة الصراع بين قوتين متعارضتين داخل الذات الانسانية نفسها هو أمر شديد الصعوبة •

ويمكن تلخيص الموقف بالنسبة للآراء المختلفة حول مقدرة العلاج الجمعى على إعادة تنظيم الشخصية كليا أو جزئيا بأن ذلك يختلف فى الواقع باختلاف نوع الطريقة المستخدمة فى العلاج الجمعى ، وتشكيل المجموعة العلاجية والأهداف الموضوعية لها ••• وفى بعض الحالات يكون الهدف من العلاج الجمعى مجرد تحسين قدرة المريض على التكيف لموقف اجتماعى معين ، وفى حالات أخرى يكون الهدف معاونة المريض على التخفف من صسورة التعاسة الحادة الغالبة عليه ومساعدته على استعادة اتزانه الشخصى ، وثمة حالات يستهدف فيها العلاج أحداث تغيير أساسى فى تركيب شخصية المريض •

استخدامات العلاج الجمعى

لېشت هناك طريقة واحدة من طرق العلاج الطبى أو النفسى أو الطبيعى أو أى نوع آخر من العلاج تصلح للتطبيق فى كل ظرف من الظروف ومع كل داء من الأدواء . وهكذا الشأن بالنسبة للعلاج النفسى الجمعى ، فلا يدعى أحد أنه علاج لكل أمراض النفس والعقل . وإنما يمكن القول بأنه العلاج المفضل فى بعض الحالات ، كما أنه علاج مكمل وممجل لنتائج العلاج الفردى فى حالات أخرى .

ومن أهم الاستخدامات الشائعة للعلاج الجمعى استخدامه مع من يعانون من الانطواء والخجل والاحساس بالوحدة ومن يعانون من الكآبة والانقباض، اذ أن جو الجلسات الجمعية التى تجمع بين المريض وأمثاله من المرضى من شأنه أن يهيئ الانفتاح المريض على زملائه وتعاطفه مع بلواهم ، وخروجه بذلك من قوقعته وانحباسه على نفسه وتمركزه الشديد حول ذاته الى الاهتمام بالناس وبالعالم الخارجى . وتساعد المجموعة ودينامياتها على الاتصال الفعلى بأعضاء المجموعة الآخرين وعلى التدريب والتمرس على العلاقات الاجتماعية ، مما يعتبر من قبيل « فل الحديد بالحديد » أى المواجهة المباشرة للخجل والانطواء فى المواقف ذاتها التى تظهر فيها هذه السمات .

ويستخدم العلاج الجمعى لنفس الأسباب فى توجيه طاقة مرضى الفصام - وهم الذين يمثلون أقصى درجات الانطواء والانغلاق على الذات - الى خارج ذواتهم ، أى الى الاتصال الاجتماعى والحركة فى المجتمع .

أما ذوو الميول الانبساطية المتطرفة : فإن العلاج الجمعى يقوم بالنسبة لهم بدور مختلف ، حيث يسعى الى توجيه طاقاتهم وتركيزها على أغراض اجتماعية مفيدة ، بدلا من تشتتها وبعثرتها هنا وهناك وانعدام الهدف أو الغرض فى بعضها !

وينتهي العلاج الجمعى لأولئك الذين يعانون مشاعر النقص لأسباب جسمية أو اجتماعية أو نفسية ، فرصا وفيرة لتحقيق الذات واحراز المكانة والتقدير من اخوانهم فى المجموعة ، مما ينمى لديهم بالتالى ثقتهم بأنفسهم ويشد من أزر عاطفة اعتبار الذات لديهم .

وتعمل بعض صور العلاج الجمعى ، وخاصة ما يسمى بالأندية العلاجية الاجتماعية Therapeutic Social Clubs ، على ايجاد أهداف عملية قريبة المنال وخلق مجالات لنشط يدوى وعملى لأولئك الذين أمضوا حياتهم داخل أطر ضيقة من العمل الذهنى والأفكار النظرية المجردة . كما تتيح الفرصة لخبرات اجتماعية مناسبة مع أفراد الجنس الآخر لمن تعوزهم هذه الخبرات وإن كانوا يعانون من الخجل أو العرج فى وجود الجنس الآخر .

كذلك تعتبر بعض هذه الأندية العلاجية محطة وسطى فى سبيل تأهيل مرضى المستشفيات العقلية - بعد الاعتماد الطويل على حياة الحماية داخل المستشفى - للعودة الى ممارسة الحياة الطبيعية ، والقيام بما كانوا يقومون به من أعمال قبل مرضهم أو بأعمال أخرى مناسبة .

ومن الاستخدامات الشائعة للعلاج الجمعى استخدامه مع آباء الأطفال المشكلين ، الذين يسهل عليهم تقبل أخطائهم بطريقة موضوعية ويسهل عليهم الاعتراف بها وتصحيحها فى مجموعة العلاج . كذلك استخدم العلاج الجمعى مع الأمهات اللواتى يسرفن فى العطف على أبنائهن ، حيث كان الهدف من المجموعة فى هذه الحالة هو خلق أهداف اجتماعية وعملية جديدة لهؤلاء النسوة تستحوذ جانبيا من اهتمامهن فلا يصيبن الاهتمام كله على الأطفال .

واستخدم العلاج الجمعى بنجاح أيضا مع الأحداث الجانحين بهدف اطلاعهم على نماذج للسلطة والعلاقات الاجتماعية تخالف ما وقر فى أذهانهم عنها ، مما يؤدى الى اقتلاع جذور كراهيتهم للمجتمع وكذا سلوكهم العدوانى الاعتدائى .

واستخدم كذلك فى علاج « الأسرة كمجموعة » Family Therapy وذلك عندما تتشابه مشكلات أفراد الأسرة ، فيصبح لامتناس لحل مشكلات واحد منهم من حل مشكلاتهم جميعا ، ومن تغيير الجو الأسرى النفسى كله واتجاهات أفراد الأسرة وعلاقاتهم بعضهم ببعض !

واستخدم العلاج الجمعى فى تأهيل الجنود المرحين واعدادهم للحياة المدنية واستخدم أيضا مع ضعاف العقول من الأطفال فى صورة من صوره النشطة وهى السيكودراما ، لمعاونتهم على تعامل أكثر فطنة وملائمة مع بعض المواقف الاجتماعية ..

كذلك استخدم العلاج الجمعى بنجاح فى حالات اللجاجة وصعوبات **التنطق** .

ومن بين الاستخدامات الهامة للعلاج النفسى الجمعى ، استخدامه فى التثبث من تشخيص الأمراض النفسية واستكمال هذا التشخيص أو تصحيحه - ذلك أن الجو السمع للنادى العلاجى أو المجموعة العلاجية يتيح للمرضى أن يتصرفوا على سجيتههم وأن يسلكوا بما يسلكون به عادة فى حياتهم اليومية المعتادة ، على خلاف سلوك المرضى فى الجو الصناعى المخلق الذى يحيط بالعلاج الفردى !

ومن جهة أخرى ، فإن المجموعة العلاجية أو النادى العلاجى يقوم بدور الصيدلية التى تصرف الدواء ولا يكتفى بدور الطبيب الذى يصف هذا الدواء - وذلك بما يهيئه للمريض من وجود فعلى فى الظروف والمواقف التى تتطلبها العلاج ، وبالتاثير بصورة فعالة على وجدانات المريض ونظرة الى الأشياء والناس عن طريق التأثير على علاقاته داخل الجماعة ، وعن طريق اشغاله بضروب من النشاط العملى والذهنى ، وعن طريق المناقشة الجماعية التى

تساعد على استيضاحه لكثير من الأمور الخاصة والعامة - ما يتصل منها بمشكلاته الدقيقة وما يتصل بما يعتنقه من عقائد وايدولوجيا ..

اي ان العلاج الجمعى هو فى الوقت ذاته وسيلة للمتابعة والتنفيذ ، وبهذا الوصف يعتبر ضرورة ملحة وامرا متما للعلاج الفردى فى حالات كثيرة •

وثمة استخدام آخر للعلاج الجمعى فى فظام المرضى من علاقة التحويل الوثيقة التى تتكون بين المريض ومعالجه خلال جلسات العلاج الفردى ، والتى يعتبر الفظام التدريجى منها احدى مشكلات العلاج لدى اقترابه من نهايته !

فاذا اقترنت جلسات العلاج الفردى - عند اقتراب هذا العلاج من مراحله الختامية - بجلسات العلاج الجمعى ، فان ذلك مدعاة للتخفف العاجل من علاقة التحويل ، حيث يتشعب التحويل فى المجموعة العلاجية الى علاقة متعددة الأبعاد بدلا من اتخاذه نمط علاقة ذات طرفين فقط ، مما يعنى توزيع التحويل وسهولة التخلص منه .تبعاً لفلک •

الفصل السابع

الطرق المستخدمة في العلاج الجمعي

تختلف الطرق المستخدمة في العلاج النفسي الجمعي من حيث كثير من التفاصيل :

● فقد تختلف من حيث طريقة تشكيل مجموعة العلاج ، التي تتراوح ما بين التشكيل العفوي الذي لا تراعى فيه قواعد ما والتشكيل المبني على قواعد وأصول « سوسيومترية (١) » ، أو اتجاه علاجي معين .

● وقد تختلف من حيث المكان الذي يمارس فيه العلاج ، والذي قد يكون في بعض الحالات جهة التأثير الأصلي كجهة العمل أو الأسرة مثلا ، وقد يكون مؤسسة علاجية خاصة كمستشفى أو عيادة نفسية أو ناد علاجي خاص .

● وقد يهتم العلاج في بعض هذه الطرق بالموقف الأصلي والأشخاص الآخرين المرتبطين بمشكلة المريض ويسعى الى تضمينهم في العلاج ، أو قد يؤمن على علاج كل مريض في المجموعة كوحدة مستقلة بغض النظر عن ارتباطاته خارج المجموعة .

● وقد يركز العلاج على شخص المعالج النفسي ، بمعنى أن المعالج رغم إشرافه على علاج عدد من المرضى في مجموعة واحدة فإنه لا يلقي بالا الى استغلال دينامية المجموعة في العلاج ويركز على العلاقة الخاصة بينه وبين كل مريض على حدة ، وقد يركز العلاج - على العكس - على المجموعة نفسها وينظر اليها ككل متفاعل والى كل عضو فيها على أنه عامل نشط في علاج الآخرين .

(١) مبيأتى شرح هذه القواعد في الفصل التالى الذى يدور حول تشكيل مجموعات العلاج .

● **وأخيرا تختلف طرق العلاج الجمعى من حيث شكل التأثير السائد فيها ،** ما بين تأثير حر وتلقائى يقوم على الحرية فى المناقشات والتلقائية فى التمثيل أو الأساليب النشطة الأخرى فى العلاج ، وما بين تأثير تلقينى يقوم على إعداد سابق - كقراءة حديث معد من قبل أو اخراج تمثيلية بعد حفظ النصوص واجراء (البروفات) السابقة أو وجود قيود معينة على طريقة المناقشة وكيفية توجيه الأسئلة فى المجموعة .

ولعل أغلب الاختلافات السابقة فى الطريقة ترجع أساسا الى نوع النظرية التى يعتنقها المعالج النفسى ، وما اذا كانت نظرية أصيلة فى العلاج الجمعى. تستند الى صفات المجموعة ودينامياتها والى الاعتبارات التى سبق شرحها فى الفصل السابق عن « القوى الفعالة فى العلاج الجمعى » ، أو ما اذا كانت نظرية محورة من احدى نظريات العلاج الفردى يلتزم المعالج بأصولها المذهبية. أكثر من تنبئه الى ما للمجموعة من خصائص علاجية مميزة لها !!
والواقع أن هذا الاختلاف النظرى قد أدى الى انشقاق فى حركة العلاج الجمعى بدأ منذ عام ١٩٥٣ . فبعد أن ارتبطت هذه الحركة منذ بدايتها (التى يمكن ارجاعها الى تاريخ عقد أول مائدة مستديرة حول العلاج النفسى الجمعى بمدينة فيلادلفيا بالولايات المتحدة عام ١٩٣٢) بشخص « مورينو » العالم النمساوى الأصل والأمريكى بالتجنس ، الذى أطلق على هذا العلاج اسمه الذى عرف به فيما بعد (١) ، وابتكر طريقة السيكدوراما أو المسرح التلقائى فى العلاج الجمعى ، وابتكر أيضا أسلوب التخطيط السوسيو مترى فى تشكيل مجموعات العلاج ، وأرسى لهذا العلاج قواعده وأصوله المستمدة من ديناميات المجموعة وحركة الأعضاء وتفاعلاتهم فى داخلها بعد أن ارتبطت الحركة بمورينو وأتباعه ، اقتحم هذا الميدان الجديد معالجون من معتنقى مذهب التحليل النفسى واستخدموا فيه أساليبهم الخاصة فى التحليل مع محاولة تطوير هذه الأساليب للعلاج فى مجموعات ، وأسماوا طريقتهم الجديدة « العلاج النفسى الجمعى

التحليل (١) « تمييزا لها عن الطرق الأخرى فى العلاج الجمعى . . وللأسف الشديد فلقد تعذر التوفيق بين المدرستين المختلفتين فى العلاج الجمعى . وقد تأكدت هذه الاختلافات فى المؤتمرات الدولية المتعاقبة لبحث مشكلات العلاج الجمعى ، والتي عقد أولها عام ١٩٥٤ بمدينة تورنتو ، والثانى عام ١٩٥٧ بزيورخ ، والثالث عام ١٩٦٣ بميلان ، والرابع عام ١٩٦٨ بمدينة فينا .

وجدير بالذكر أن العلاج النفسى الجمعى يمارس فى الوقت الحاضر فى الدول الغربية كما يمارس أيضا - منذ أكثر من عشرة سنوات - فى أغلب الدول الاشتراكية والشيوعية . وقد تبنى الاتحاد السوفيتى والدول الاشتراكية الأخرى أسلوب العلاج الجمعى المبني على نظريات دينامية الجماعات ، ورفض رفضا باتا الأساليب ذات الأصول المذهبية الفرويدية فى التحليل النفسى (٢) .

وتبسيطا للموضوع ، فإننا سنستعرض الطرق المختلفة فى العلاج النفسى الجمعى خلال تقسيمها الى قسمين متميزين هما :

(أ) الطرق القائمة على المحاضرات والمناقشات .

(ب) الطرق القائمة على نشاط المرضى .

علما بأن العلاج فى بعض المجموعات قد يلجأ الى مزيج من النوعين السابقين ، وعلما أيضا بأن هذه الطرق تنقسم أقساما أخرى من حيث الاعتبارات التى سبق ايرادها فيما قبل .

Analytical Group Psychotherapy

(١)

ويمكن الاطلاع على وجهة النظر التحليلية فى العلاج الجمعى فى كتاب :

Foulkes, S.H. & Anthony, E.J., Group Psychotherapy — The Psycho-analytic Approach, Pelican Books, (A 370.)

(٢)

Moreno, J.L., An Objective Analysis of the Group Psychotherapy Movement, in : Group Psychotherapy, Vol XIII, Dec. 1960.

طرق العلاج الجمعى القائمة على المحاضرة والمناقشة

تختلف هذه الطرق فيما بينها اختلافات واسعة لا فى مادة المحاضرات والمناقشات فحسب ، وانما فى اى كيفية ادارة الجلسات العلاجية ، وهو الاهم .

فبينما يعتمد بعض المعالجين - كما أسلفنا - بالدرجة الأولى على تأثيرهم الشخصى على مرضاهم ، بمعنى أن تصبح المحاضرات التى يلقيها المعالج وتوجيهاته مركز الثقل فى أسلوب العلاج . . . يعول قسم آخر من المعالجين على أعضاء المجموعة أنفسهم فى القاء أغلب الأحاديث وتبادل الآراء فى المناقشات - بمعنى أن يصبح محور العلاج هو المجموعة نفسها ، مع أقل تدخل ممكن من جانب المعالج فى السبيل الذى تسلكه المناقشات والتفاعل بين أعضاء المجموعة !

ووراء هذه الاختلافات اختلاف جوهري على أساس الطريقة . . فبعض المعالجين يؤمن بضرورة أن يصبح المرضى أنفسهم عوامل فعالة فى العلاج ، ترتبها على ايمانهم بالقيمة العلاجية لديناميات المجموعة وتأثير المرضى بعضهم على بعض ، ولذلك يستخدم منه العلاجى فى تهيئة الجو النفسى المواتى للتفاعل الصحى بين المرضى ولتنمية العلاقات الاجتماعية بينهم ، كما يتخير أفراد مجموعته العلاجية على أساس نوع التأثيرات المتبادلة المتوقعة أو المحتملة فيما بينهم . والبعض الآخر من المعالجين - وغالبية هؤلاء من معتنقى مذهب التحليل النفسى - يلتزم بنفس الأسس التى تقوم عليها طريقة العلاج الفردى ويحاول أن يطبقها مع بعض التعديلات الضرورية فى ادارة دفعة الجلسات الجماعية (ومن ذلك مثلا ما يفعله بعضهم من الادلاء بتعليمات الى المرضى فى مبدأ الاجتماعات بأن تجرى مناقشاتهم وأحاديثهم فى موضوعات المناقشة على طريقة التداعى الحر المعروفة فى التحليل النفسى) . ويؤمن هذا نفر من المعالجين بصفة خاصة بأهمية علاقة التحويل التى تربط شخص

المعالج بكل مريض في المجموعة ، ولا يقبل أن تنتقص المجموعة من قوة هذه العلاقة ! ولا يأبه كثيرا بما للمجموعة من خصائص تميزها بل لا يرى فيها غير التقاء عدد من المرضى معا ، يلقي اليهم بتوجيهاته في وقت واحد ، باعتبار ذلك وسيلة اقتصادية في الادلاء بتعليمات وارشادات العلاج .

اما من حيث مادة المحاضرات والمناقشات ، فاننا نلاحظ وجود اتجاهات شتى بالنسبة اليها - وان كان موضوع « العلاقة المتبادلة بين الجسم والعقل » أو « تأثير حالة الفرد الانفعالية على أعراضه الجسمية » يكاد يكون عنصرا مشتركا في مناهج المحاضرات والمناقشات لدى عدد من المعالجين ، كما أن أغلب برامج المحاضرات والمناقشات يشتمل على كثير من الموضوعات التقليدية في المناهج التي تدرس عادة في « الصحة النفسية » . ومن هذه الموضوعات ، دوافع السلوك ، والشعور واللا شعور ، والحيل الوقائية ، ومغزى الأحلام ، الى غير ذلك من الموضوعات التي يعرفها جيدا الطلاب في دراسات الصحة النفسية .

وفيما يلي بعض نماذج لطرق المحاضرات والمناقشات في العلاج النفسي الجمعي :

● من هذه الطرق ، مناقشة المجموعة لحالة واحد من أعضائها دون ذكر لاسمه بطبيعة الحال ، أو مناقشة « حالة افتراضية » يطرحها المعالج ويراعى في تركيبها أن تجمع عناصرها بين الصفات الغالبة لأفراد مجموعة العلاج أو بعضهم ، أو مناقشة رأى متطرف لأحد أعضاء المجموعة ، أو مناقشة الايديولوجيا والعقائد الاجتماعية المغالية التي يعتنقها واحد أو أكثر من الأعضاء !

ويقول « شلدر » بالنسبة للايديولوجيات التي يعتنقها بعض الناس ، بأننا نمتصها امتصاصا بطريقة لا شعورية نتيجة لانتمائنا الى جماعات مختلفة

دون أية محاولة من جانبنا - في أغلب الأحوال - لاجتماعها للتحليل المنطقي. وتبين وجه الخطأ والصواب فيها ٠٠ ويصل الأمر ببعض الناس الى تبني ايدولوجيات متناقضة تماما (كل منها من أصل اجتماعي يخالف الآخر) دون أن يفطنوا الى ما بين تلك الايدولوجيات من تناقض !

ومن شأن المناقشة العامة في مجموعات العلاج أن تبصر أفراد المجموعة بكثير من السخافات والأوهام التي يدّعون بها ويتعللون بها أحيانا دون أن يكون لها مبرر من الحجة والبرهان العلمي ! كما تؤدي مناقشة هذه الموضوعات في جو جمعي الى التخفف من مقاومة الأفكار المضادة والى خلع الطابع الموضوعي على المناقشة .

ومن بين هذه الايدولوجيات التي يهتم « شلدر » بتدريسها بصفة خاصة في المجموعة العلاجية ، المفاهيم الخاصة بالسيطرة والخنوع ، والذكورة والأنوثة ، والقوة والضعف ، والحب ، والجنس !

● ومن الأساليب الخاصة في المحاضرة والمناقشة ، ما لجأ اليه « لو » في مجموعاته التي تستهدف مكافحة الازمان في الأمراض العقلية والنفسية ، حيث كان يدعو القلامي من المرضى الى لقاء احاديث على الجسد منهم ، يقصون فيها خبراتهم مع المرض وكيف تسنى لهم بعد سنوات من الازمان أن يتقدموا نحو الشفاء . وقد وجد أن المرضى يقتنعون بكلام مريض سابق بسهولة أكبر من اقتناعهم بتأكيدات الطبيب لهم بالشفاء ، وأن الطبيب كثيرا ما يتهم بأنه يروج لبضاعته ليس الا وبأن ما يقوله للمرضى هو من قبيل الطمأنة الكاذبة !

● أما « مكسويل جونز » فقد كان يعالج مرضى من الجنود في الحرب العالمية الأخيرة ممن توهموا أنهم مرضى بالقلب . وكان مما يسر مهمة علاجهم الجمعي تشابههم في الأعراض المرضية وفي مشكلاتهم الانفعالية وفي

الظروف المعيشية خلال الحرب التي أدت الى تلك المشكلات (١).
وقد عقد لهم جونز الندوات والمحاضرات التي شرح فيها على مدى ١٢ جلسة
عمل الجهاز العصبي وبعض مبادئ التشريح ووظائف الأعضاء ،
بالإضافة الى ساعات المناقشة . ويقول في ذلك :

« كان هناك أمر واضح نتيجة لهذه المناقشات ، وهو أنه قد أمكن - في
جماعة مكونة من مائة مريض يعانون من أعراض مرضية متشابهة - أحداث
تغيير أساسي في اتجاه الجماعة نحو هذه الأعراض . وقد أمكن ذلك بفضل
استخدام خطة تعليمية خاصة مع هؤلاء المرضى . وصحيح أن الأعراض نفسها
لم تختلف تماما في كثير من الحالات ، الا أنه يمكن الجزم بحدوث تعديل
جوهرى في موقف المرضى ونظرتهم الى هذه الأعراض . ففى بداية الأمر
كان أغلب المرضى يعتقدون اعتقادا جازما بأن أعراضهم ان هى الا نتيجة
مرض بالقلب ، وأن هذا المرض قد أصابهم نتيجة المجهود البدنى العنيف
الذى تعرضوا له فى حياة الجندية . »

ولم يحاول هؤلاء المرضى مطلقا أن يربطوا بين أعراضهم وبين التأثيرات
الانفعالية لحياة الجندي فى فترة الحرب ، وانما آمنوا فقط بانهم مصابون
بمرض فى القلب ! ولا شك أن لهم كثيرا من العذر فى هذا الاعتقاد ، ففى
الواقع أن أى فرد عادى يشكو من ألم فى منطقة القلب ومن قصر النفس
حتى اذا لم يبذل مجهودا يبرر ذلك ، ويشكو كذلك من الدوار وسرعة النبض
ونوبات الاغماء . . . مثل هذا الفرد يصعب عليه ألا يعتقد أنه مريض بقلبه ،
ولا تفلح معه تأكيدات الأخصائيين فى أمراض القلب بأن قلبه سليم ، وقد
أعطيت هذه التأكيدات من قبل لمرضاتنا دون أن يكون لذلك نتيجة تذكر .
وعلى العكس كان المريض يتضرر من مثل هذه الأقوال ويحس أنه متهم بالخبل

(١) يمكن الاطلاع على هذا العمل كاملا باللغة العربية ، فى كتاب :
مكسويل جونز وآخرون (ترجمة صموئيل مغاريوس) ، مرجع سابق .

وبتوهم الأعراض التي يشكو منها ! ..

أما ما كان المريض يحتاج اليه بالفعل ، فهو شرح كامل يستطيع أن يقتنع به لعنى أعراضه . وهذا ما لم يحدث لأى من مرضانا من قبل ، بل ما يستحيل حدوثه فى زيارة واحدة لأى طبيب ! وقد أظهرت تجربتنا أن ما يحتاجه المريض لتفهم هذا الموضوع لا يقل عن ١٢ ساعة من الشرح والمناقشة فى المتوسط . وقد أمكن عن طريق خطة المناقشة التى سرنا عليها أن نغير نظرة أغلب المرضى الى أعراضهم وأن يتوصل هؤلاء المرضى الى درجة من الموضوعية لم يصلوا اليها من قبل ، (١) .

وجدير بالذكر أن جونز لم يقف فى طريقته عند حد المحاضرات والمناقشات، بل امتدت خطته الى تنظيم شامل ليوم المريض المستشفى .. فكانت هناك ساعات العمل بالورشة ، وأوقات الترفيه والسمر ، وأوجه النشاط الحر المختلفة . كذلك قام الجنود بتحرير مجلة خاصة بهم ، وكونوا جماعات للموسيقى والرسم وغيرها من نواحي النشاط التلقائى .

وبدأ المرضى ايضا نشاطا تمثيليا .. وقد اختير للروايات التمثيلية فى مبدأ الأمر بعض المشكلات الاجتماعية كمشكلة الأبناء غير الشرعيين ومشكلة ادمان الخمر .. وكان المرضى يؤلفون تمثيلات قصيرة حول هذه الموضوعات، فكانوا يسقطون أثناء كتابتهم لقصصها كثيرا من انفعالاتهم ومشكلاتهم الخاصة . ولم يمض على هذا وقت طويل ، حتى برزت الى الوجود ظاهرة جديدة ، فقد أخذ المرضى يكتبون تمثيلات تدور صراحة حول حياتهم الخاصة ومشكلاتهم الشخصية . وكانت هذه بداية استخدام الدراما كوسيلة علاجية بالوحدة ، وذلك فى يناير ١٩٤٤ . ومنذ ذلك التاريخ أصبحت « السيكودراما » حدثا أسبوعيا فى حياة الوحدة . هذا ، ولم تكن

(١) مكسويل جونز (ترجمة صموئيل مغاريوس) مرجع سابق ، ص ٢٧

١
في أول الأمر على علم بطريقة استخدام « مورينو » للسيكودراما في أمريكا ،
ولو أننا اقتبسنا بعد ذلك كثيرا من طريقته ، (١)

● ومن الاستخدامات المثمرة للمناقشة في العلاج الجمعي استخدامها في
حالات اللجلجة وعيوب الكلام . وقد اشتهر « جرير » بهذا الاستخدام ،
ويقول أنه بعد ملاحظة وعلاج ما ينوف عن ٢٥٠٠٠ حالة خلال ثلاثين سنة
من الخبرة بأمراض الكلام يستطيع أن يقطع بأن اللجلجة هي نسوع من
« العصاب الاجتماعي » ، وأنها ليست سوى المظهر العضوي لاضطراب في
شخصية المريض وعلاقاته الاجتماعية . وبغض النظر عن الأسباب المؤدية إلى
اللجلجة في كل حالة على حدة ، فإن شخصية المريض الذي يعاني من هذا
العيب يميزها دائما عدم الشعور بالأمن ، واحساسات القلق المزمنة ، وسرعة
التأثر ، والتمركز الشديد حول الذات ، والمعاملات التي تتصف بقصور في
النضج الانفعالي ، والخوف والتهيب الزائدين من المواقف الكلامية عادة - تلك
هي الملامح المشتركة في شخصية المصابين باللجلجة ، وهذه الملامح العامة
أجدر باهتمام المعالج النفسي - في رأي جرير - من محاولة البحث عن العلل
والمسببات ، كما أن هذه الشخصية السابق وصفها هي بالذات ما يحاول
المعالج التأثير عليه عن طريق العلاج الجمعي (٢) .

والواقع أن تشابه العوارض وتشابه أنماط الشخصية للمصابين باللجلجة
يخلق موقفا نموذجيا لعلاجهم جميعا ، كما أن العلاج الجمعي يتيح لهم فرصة
مكافحة العارض الذي يشكون منه في نفس الموقف الأصلي الذي يستثير هذا
العارض (أي في مواقف كلامية) .

وقد قام المؤلف الحالي بتجربة العلاج الجمعي مع بعض المصابين باللجلجة

(١) مكسويل جونز ، مرجع سابق ، ص ٢٨ - ٢٩ .
(٢) صموئيل مغاريوس ، العلاج الجماعي لحالات اللجلجة ، في : مجلة
الصحة النفسية ، ديسمبر ١٩٦٠ ، ص ٢١ - ٢٦ .

من بين حالات العيادة النفسية بكلية التربية (١) ، وكانت المناقشات في المجموعة العلاجية تدور في مبدأ الأمر حول بعض المشكلات الاجتماعية العامة، ثم تدرجت خلال جلسات العلاج الى مناقشة المشكلات الخاصة بالأفراد المجموعة . ومن الملاحظات الطريفة أن أفراد المجموعة كانوا يبذلون مجهودا عسيرا في اتمام عبارتهم مهما كلفهم الأمر ، وكان بعضهم يحاول مساعدة غيره ويتم له عبارته اذا توقف عن الكلام ، وكانوا جميعا يصابرون ويجاهدون ويظهرون تحملا كبيرا الواحد منهم للآخر . كذلك فان بعض المرضى الذين كانوا يبدون في المقابلة الفردية متجهمين فاترين قد تحولوا بعد عدد قليل من الجلسات الجمعية الى الابتسام والمؤانسة والمبادرة الى الحديث وابداء المقترحات . ونشأت عدد من الصداقات بين أفراد المجموعة امتدت الى خارجها .

وإلى هذا العلاج الى تحسن ملموس في أغلب الحالات .

(١) صموئيل مغاريوس ، المرجع السابق .

طرق العلاج القائمة على نشاط المرضى

لا يكتفى في العلاج الجمعي عادة بالمناقشات التي تدور في مجموعات العلاج ، وما يمكن أن ينشأ داخل هذه المجموعات من علاقات مساندة وتأثيرات متبادلة بين المرضى ، بل تردف جلسات العلاج الجمعي بأنواع مختلفة من نشاط المرضى العملي والترويجي والاجتماعي في كثير من الأحيان * ويدور هذا النشاط في « الأندية العلاجية » ، الخاصة التي يلحق بعضها بالمستشفيات ، والتي من بينها أيضا أندية منفصلة يلجها المرضى ويلجها كذلك أصدقاؤهم وأقاربهم في بعض الأحيان .

● وقد يكون العلاج القائم على النشاط الجانب الأكبر من العلاج الجمعي في حالات خاصة ، كما هو الحال في الأسلوب الذي يتبعه « سلافسون » مع الأحداث الجانحين . . . وقد بدأ « سلافسون » من نقطة أن عدوان هؤلاء الأحداث على المجتمع ليس سوى رد الفعل الطبيعي لعدوان واقع عليهم من السلطة ، وأنه إذا نجح العلاج في تعديل المناهيم المترسبة عندهم عن السلطة وأقنعهم بوجود أشكال أخرى لها غير القوة الغاشمة ، فإنه يكون قد وضعهم بذلك على أول الطريق لتعديل سلوكهم العدواني واتجاهاتهم المضادة للمجتمع . ولم يلجأ « سلافسون » في ذلك إلى المحاضرات والمناقشات بل إلى السلوك العملي المقنع ، فقد هيا لمجموعاته العلاجية جوا سمحا إلى أقصى حدود السماح وأوصى المشرفين على النشاط في هذه المجموعات بأن يبلوا الحب بغير حدود لهؤلاء الأحداث وأن يتقبلوهم على علاقتهم دون تانيب أو لوم على أخطائهم !! . . . وكان لابد من هذا التطرف في البداية ، حتى يتمكن هؤلاء الصبية من أن يتخبروا نوعا من العلاقات الأسرية البديلة يخالف تماما النماذج الأسرية ونماذج السلطة الأخرى المألوفة لهم ، وحتى يتكشف لهم بالتدريج أنهم في غير حاجة إلى أنماطهم السلوكية القديمة التي كانت وسائلهم الدفاعية ضد المعاملة المجحفة التي لقوها في بيئاتهم الأصلية !

بعد هذا يبدأ المشرف على المجموعة في ادخال أنواع من الضغوط المتدرجة والحرمان والاحباط (مثل ادعائه في إحدى المرات بنسيانه لمفاتيح الدولاب المحتوى على بعض أدوات اللعب) ينتقل بها الحدث من مجموعة الحرية المطلقة الى مجموعات أكثر تقييدا ، ويهيأ تدريجيا للعودة الى العالم الخارجى بحلوه ومره !

ومن بين ألوان النشاط التى تستخدم فى هذه المجموعات ما يساعد على تفريغ النزعات العدوانية ، كنشاط الملاكمة واستخدام الصلصال والرسم كوسط للتعبير عن العدوان .

● على أن أشهر أساليب العلاج الجمعى النشطة على الإطلاق ، « السيكودراما » أو التمثيلية النفسية (١) .

وقد أنشأ « مورينو » أول مسرح علاجى لتقديم السيكودراما عليه ، عام ١٩٢٧ بالولايات المتحدة ، حيث كان المريض يمثل طرفا من مسرحية حياته بينما يقوم المرضى والمرضات وبعض المرضى الآخرين بالأدوار المساعدة التى يتطلبها الموقف .

ومنذ أنشئ هذا المسرح العلاجى الأول ، تطورت فكرة العلاج باستخدام التمثيل وظهرت لها تطبيقات ووجوه استخدام شتى . وقد أسهم فى هذا التطور « مورينو » وتلاميذه ، كما أسهم فيه من المعالجين الانجليز بصفة خاصة « مكسويل جونز » .

الصور المختلفة للعلاج باستخدام التمثيل :

وفيما يلى أهم الصور التى تطور اليها استخدام التمثيل فى العلاج النفسى :

(١) انظر : صموئيل مغاريوس ، استخدام التمثيل فى العلاج النفسى ، صحيفة التربية ، نوفمبر ١٩٥٥ .

١ - يختار المعالج موقفا من المواقف المشحونة انفعالية او ذات الدلالة الخاصة في مشكلة المريض ، ويحيط احاطة تامة بتفاصيل هذا الموقف . ويسند دور المريض في الموقف اليه شخصيا ، كما تسند الأدوار المساعدة الى الأشخاص الذين اشتركوا فيه اشتركا فعليا لو أمكن ذلك ، أو الى بعض المرضى الآخرين أو المرضين والمرضات بعد أن يشرح المعالج لهم طبيعة الدور المطلوب أدائه .

ويتكرر تمثيل هذا الموقف الخاص على عدة أيام حتى يتعوده المريض وحتى تتم عملية (التفتيت) والتحلل التي بواسطتها يفقد هذا الموقف حدة السابقة وفاعليته كعنصر من عناصر القلق والتوتر في حياة المريض .

والدراما النفسية بهذه الصورة تهدف الى الاستزادة من استبصار المريض ببعض المواقف والمشكلات ، عن طريق تلقائية التعبير الحر ، والاستغراق في دور معين ، وتكراره عددا من المرات حتى يصل المريض الى الاستبصار المناسب وتهدف أيضا الى استبصار المرضى الآخرين ممن يقومون بالأدوار المساعدة بمشكلات واحد منهم مما يمهّد في كثير من الأحيان لزيادة استبصارهم - أنفسهم - بمشكلاتهم الخاصة .

كذلك تفيد المناقشة التي تقوم بين جمهور المرضى من مشاهدي التمثيلية من جانب وبين المريض صاحب قصتها من جانب آخر ، في تحقيق أغراض تفرغية بالنسبة لجميع هؤلاء ، وفي تعديل كثير من مدركاتهم واتجاهاتهم النفسية .

وبديهي أن العلاج يتطلب في هذه الحالة أن يحيط المعالج احاطة تامة بقصة المريض الكاملة ، وأن يكون قد توصل - قبل الشروع في التمثيل - الى بعض الفروض عن العوامل الأساسية المؤثرة في حالة المريض ، وأن يتخير للدراما النفسية تلك المواقف التي تميزها شحنات انفعالية قوية والتي تدل الدلائل على أنها ذات أهمية خاصة في مشكلة المريض .

(م ١٣ - الصحة النفسية ،

وينصر « موزينو » على أن السيكودراما يجب أن تعتمد على التلقائية (لا التلقين أو الأعداد السابق) حتى يتمكن المعالج من دراسة ردود الفعل الأصلية للمريض وحتى يتحقق للمريض مزيد من الاستبصار والتفريغ .

٢ - وفي استخدام آخر للدراما النفسية ، يستفاد من فكرة « الأدوار المتعكسة » في تعديل بعض الاتجاهات النفسية ، فيعهد مثلاً إلى شخص يتصف بالنزعة العدوانية والسلوك المسيطر بتمثيل أدوار تحتاج إلى المساندة وأخذ الأمور باللين ، أو يطلب إلى آخر طابعه الانطواء والخنوع أن يقوم بأدوار تحتاج إلى الدفع والسلوك الإيجابي . والغرض من ذلك أن يخبر الأشخاص المختلفون أنماطاً من السلوك تخالف ما عهدوه ، للحد من تطرفهم في اتجاه من الاتجاهات إلى الدرجة التي تعوقهم عن التكيف الاجتماعي المناسب !

ومن تطبيقات هذه الفكرة أن يطلب إلى مريض أن يقوم بدور رئيسه في العمل ، أو إلى الابن أن يتخذ موضع أبيه في موقف من المواقف التي نشأت بينهما . وكثيراً ما يفيد ذلك في تفهم صاحب المشكلة لوجهة نظر الطرف الآخر ، وفي تخلصه من تمركزه حول ذاته ومن الأناية المسرفة التي تميز كثيراً من المرضى النفسيين وتدفعهم إلى أخذ الأمور من زاويتهم الخاصة وحدها .

٣ - وفي استخدام ثالث للدراما النفسية ، يعرض المعالج على المريض موضوعاً للمناقشة ، يتخيره تخيراً خاصاً بحيث تستثار عن طريق مناقشته بعض الاتجاهات الجامدة التي يعرفها المعالج عن مريضه (اتجاهات دينية أو اجتماعية مسرفة مثلاً) . ويستعين المعالج بمن ينتخبهم لإجراء المناقشة مع المريض ، على إتاحة الفرصة لهذا الأخير للتعبير الصريح عن نفسه ، وللإفصاح عن معتقداته واتجاهاته والدفاع عنها . وفي هذا مجال للتفريغ النفسي ، وفيه أيضاً فرصة لاستماع المريض إلى وجهات نظر مختلفة في الموضوع ، وإدراكه لوهم الأساس الذي بنى عليه آراءه المسرفة .

ويحسن أن يسجل ما يدور من إحدائهم ومناقشة على شريط تسجيلي .
ولذلك غرضان ، الأول أن يتاح للمعالج أن يقوم بدراسة تفصيلية
للمناقشات ليستزيد معرفة بمرضىه وليتمكن من تحديد خطواته التالية في
العلاج على أساس علمي سليم ، والثاني أن يصبح في الامكان إعادة
الأحداث على أسماع المريض مع تقدم العلاج ليتأمل المريض ما سبق أن
تمسك به من معتقدات واتجاهات ثابتة وليتأكد بنفسه مما أصابه من تحسن
وتقدم !

٤ - **ويستخدم المسرح النفسي أيضا في تهيئة المريض لموقف يتهيئه**
ويوشك أن يتعرض له في القريب العاجل - وذلك بتمثيل هذا الموقف
والتعود عليه والتدريب على احتمالاته المختلفة .

وقد استخدمت السيكودراما على هذا الوجه في معالجة فزع الجنود
المسرحين بسبب المرض النفسي ، وتهيئهم لمواجهة أقاربهم وأصدقائهم
ومعارفهم والاجابة عن تساؤلاتهم عن الأسباب التي دعت الى تسريحهم ،
فضلا عن تخوفهم من مشكلات العودة الى الحياة المدنية عموما وفي مقدمتها
مشكلة البحث عن عمل جديد !!

٥ - **ومن التطبيقات الهامة للدراما النفسية صسورتها المعروفة**
« بالسوسيو دراما » وهي الدراما التي تعالج مشكلة عامة لعدد من الأفراد ،
أو اتجاهات وجدانية خاطئة مشتركة بين مجموعة من الناس . وقد نشط
العلاج السوسيو درامي في الحرب العالمية الأخيرة مع الجنود ذوى الحالات
المتشابهة وكذلك مع المدنيين الذين استبد بهم الفزع من الغارات الجوية ،
كما قاسوا من شظف العيش والكوارث التي تصاحب الحروب عادة .

والواقع أن « الدراما الاجتماعية » من أنسب أنواع العلاج التفرغى للتطبيق
على الجماعات التي يعيش أفرادها في ظروف موحدة . ويجب أن تتخذ
طريقها الى نوادي الشبان والشابات ومؤسسات الأحداث وما شابهها كوسيلة

علاجية ووقائية لحل مشكلات هذه الجماعات وتوتراتها الداخلية وكذلك لوقاية أفرادها من الاضطرابات النفسية التي تنجم عن الهزات والتحولت الاجتماعية السريعة المفاجئة .

بقي أن نشير الى بعض الاشتراطات والاحتياطات التي ينبغي مراعاتها في استخدام التمثيل في العلاج . وأولها أن السيكودراما يجب أن تهدف دائما الى تأثير علاجي يشمل الممثلين أنفسهم بالدرجة الأولى كما يشمل جمهور المرضى من المشاهدين كذلك - وهي في هذا تختلف عن التمثيل العادي الذي يهدف أصلا الى تسلية النظارة ، وقد يلجأ أحيانا الى القاء المواعظ والحكم الدارجة . . وثاني هذه الاشتراطات أن الدراما النفسية يجب أن تعتمد على التلقائية - كما سلف القول - حتى تحقق أغراضها العلاجية . وأخيرا تجدر الإشارة الى ما يتطلبه اختيار المواقف السيكودرامية من حذق شديد من جانب المعالج الذي يجب أن يتفادى فشل المريض واحتمال انهياره على المسرح اذا ما دفع مرة واحدة الى تمثيل المواقف العنيفة المربكة ، فالأدوار الأولى التي يعهد بها للمريض يجب أن تكون من الأدوار اللينة التي لا يخشى من تأثيرها الانفعالي عليه ، ويجب أن ينجح المريض في هذه الأدوار الأولى حتى يتشجع على تخطي العقبات التالية وعلى مواجهة مواقف أكثر عنفا . وقد يحسن في بعض الحالات أن يتولى شخص غير المريض القيام بدوره الأصلي في أحسن المواقف . . والمرجع في هذا كله الى فطنة المعالج وحسن تقديره وخبرته .
يمريضه وبالعلاج الدرامي .

« تجربة السيكدراما في معهد للضعف العقلي بالاسكندرية »

قام المؤلف بهذه التجربة (١) في «معهد درة للتربية الفكرية» بالاسكندرية، وهو أول معهد تعليمي أنشئ لضعاف العقول في ج.ع.م ٥٠٠ وقد كان لنا حظ العمل خبيراً نفسياً بهذا المعهد فترة محدودة من الوقت، قمنا فيها ببعض المحاولات لاستخدام الأساليب السيكدرامية والأساليب التي تعتمد على تلقائية الأطفال عموماً، مع ضعاف العقول من الأطفال الذين تتراوح سنهم بين العاشرة والثالثة عشر، وتتراوح نسبة ذكائهم بين ٥٠، ٧٠ أي أنهم كانوا من فئة «المورون»، القابلين للتعلم.

وقد كانت المواقف التمثيلية التي اخترناها للتجربة على مستويين - وعلى المستوى الأول كان الهدف استخدام التمثيل والتلقائية للوصول إلى استجابات واعية من جانب الأطفال لبعض المواقف الاجتماعية. وحلنا هذا الهدف إلى ما يلي :

(١) استخدام التمثيل في تحليل بعض مواقف الحياة اليومية وموضوعات البيئة الخارجية لإدراكها إدراكاً أوفى وأعمى.

(ب) استخدامه في تبصير الأطفال بالأدوار التي يضطلع بها الموظفون العموميون وأصحاب المهن والحرف المختلفة في المجتمع (رجل الاسعاف، النجار، ساعي البريد، الخ. . .)

(ج) استخدامه في تنمية القوى الإدراكية الإبداعية عند الأطفال. أي أننا اتجهنا بتجربة التمثيل على هذا المستوى وجهة معرفية إدراكية.

أما على المستوى الثاني فقد كان الهدف أكثر طموحاً - وخاصة بالنسبة

(١) صموئيل مغاريوس، الأساليب التمثيلية في تربية وعلاج ضعاف العقول، صحيفة التربية، مارس ١٩٥٦.

لأطفال قاصري العقل - حيث اتجهنا بالمواقف التمثيلية الى تصوير وعلاج بعض المواقف التي تصطبغ بشحنات انفعالية قوية في الحياة الخاصة لهؤلاء الأطفال ، أي أننا قصصنا الى معنى قريب من المفهوم المألوف للسينودراما .

هذا ، وقد التزمنا في جميع المواقف التمثيلية - على المستويين الأول والثاني - بشرطى التلقائية والتعبير الحر غير المقيد . فلم يكن هناك كلام يعمل على الأطفال ، ولم تستخدم (البروفات) من أى نوع ، ولم نثقيد بشيء . ما من وسائل المسرح العادى ، وانما استعان الأطفال بالأدوات والموضوعات المحيطة بهم في حجرة الدراسة ، واستخدموا خيالهم في خلق صفات معينة على هذه الموضوعات - فهذا الركن من الحجرة هو قسم الشرطة ، وهذه الصورة المعلقة على الجدار محطة من محطات الأوتوبيس ، وحيث توجد صيدليتهم الصغير بالفصل اعتبر مستشفى ، وهكذا . .

وتسوق فيما يلي الأمثلة لبعض المواقف التي قام الأطفال بتمثيلها على كل من المستويين الأول والثاني .

المستوى الأول :

١ - مثل الأطفال حادث تصادم بين دراجة وسيارة ، فتناقشوا أولا في قصة الحادث حيث وجهوا بعض الشيء خلال هذه المناقشة . ثم وزعت عليهم الأدوار المختلفة ، فقام واحد بدور « سائق السيارة » وآخر بدور « سائق الدراجة » وقام آخرون بأدوار « عابر الطريق » الذي قام بتبليغ الحادث تليفونيا للاسعاف والشرطة و « رجال الاسعاف » الذين قاموا بالاسعاف الأولى لسائق الدراجة المصاب ثم نقلوه بسياراتهم و « شرطى المرور » الذي حقق الحادث و « الطبيب » الذي تولى الكشف والعلاج و « الممرضة » - التي رغب الأطفال أن تقوم مدرستهم بدورها - و « أقارب المصاب » الى آخر الأشخاص المختلفين الذين يمكن ادماجهم في هذا الموقف .

وقد أعيد تمثيل الحادث عددا من المرات مع تغيير أشخاص الأطفال الذين يقومون بالأدوار المختلفة ، وذلك لإتاحة الفرصة لكل طفل للاضطلاع بأدوار أكبر عدد ممكن من شخصيات القصة .

ولوحظ أن درجة اتقان التمثيل واستيعاب الأطفال للمواقف المختلفة وكذلك نوع الأفكار التي عبروا عنها ، كانت تتقدم تقدما مطردا بتكرار التمثيل . كما لوحظ أن بعض الأطفال كانوا أكثر اجادة من غيرهم على وجه العموم ، وكان هؤلاء الأعلى في التحصيل الدراسي في فصلهم وفي نسبة الذكاء . كذلك كان بعض الأطفال يمثلون مواقف معينة خيرا من تمثيلهم لمواقف أخرى ، إلا أن الأطفال عموما كانوا مشوقين الى تأدية أدوارهم واندمجوا فيها اندماجا تاما أو شبه تام .

وقد أتاح تمثيل هذا الحادث وسيلة تعليمية لكسب كثير من الخبرات عن المجتمع بطريقة لا تتأتى في التعليم بالوسائل المألوفة ، وخاصة بالنسبة لأطفال من ضعاف العقول .

وكان من بين هذه الخبرات استخدام التليفون ، وأسباب المصادمات وحوادث الطريق وطرق توقيها ، وواجب الشخص الذي يصادف حادثا في الطريق العام ، وعمل شرطى المرور ورجل الاسعاف والطبيب والمرضة وغيرهم .

ومع أن التمثيل فى هذه الحالة لم يهدف أصلا الى تأثيرات نفسية ، إلا أننا شعرنا أن انفعال الأطفال لموقف الحادث وتمثيلهم لأدوار رجال الاسعاف وأقارب المصاب وبعض الأشخاص الآخرين ، قد هيا لهم بعض التبصر بأحاسيس ووجدانات الأشخاص المختلفين فى القصة الى جانب ادراكهم للأعمال والوظائف التى يقوم بها هؤلاء الأشخاص . ولعل فى اختيار الأطفال لمدرستهم للقيام بدور « الممرضة » رمزا الى نظرتهم للمدرسة كبديلة للأم فى حياتهم اليومية بالمعهد !

٢ - استخدمنا لهذا الموقف الثاني لعبة من الألعاب التي تحتاج الى فريقين متباريين في مساحة اللعب ٠٠ يتفق أعضاء أحد الفريقين فيما بينهم على تمثيل حرفة من الحرف الشائعة ولتكن « التجارة » فيوزعون الحركات المستخدمة في التجارة عليهم ، حيث يمثل أحدهم حركة المنشار وآخر حركة نزع مسمار وثالث حركة الأزميل وهكذا (دون استخدام الأدوات نفسها بالطبع) - ثم يقوم أفراد الفريق الآخر بمحاولة اكتشاف مرمى الحركات التي يقوم بها أفراد فريق التمثيل ، وربط هذه الحركات لاستنتاج الحرفة التي تتألف منها معا ٠٠ فإذا ما أدلى أحد أفراد فريق الاستنتاج بالاجابة الصحيحة، سارع أفراد فريق التمثيل الى الجرى الى خط معين ، وجرى الآخرون خلفهم محاولين اقتناص أكبر عدد من الأسرى قبل هذا الخط ٠٠ ويتبادل الفريقان بعد ذلك التمثيل والاستنتاج وكذلك الهرب من الفريق الآخر واللاحاق به !

وقد أبدع الأطفال أيما ابداع في نوع الحرف والوظائف الاجتماعية التي اختاروها خلال لعبهم وكذلك في تمثيلها بحركات حاذقة يصعب استنتاج مرماها للوهلة الأولى . وكان في كل من التمثيل والاستنتاج مجال واسع لاستخدام القوى الابداعية الابتكارية استغله الأطفال أحسن الاستغلال حتى أن المراقب لهم يكاد يشك في أنهم من ضعاف العقول ، ويذهل لامتلاكهم لهذه القوى الابداعية ٠٠ أما المتعة التي أحسها الأطفال خلال ذلك ، فليس أدل عليها من الحاحهم في الأيام التالية على تكرار هذه (اللعبة) المحببة !

هذان مثلان لاستغلال التلقائية والمواقف التمثيلية الحرة في اتاحة الفرصة لنمو ادراكي متعدد الأبعاد ، وفي معاونة الأطفال على تحليل مواقف الحياة اليومية وموضوعات البيئة ، وعلى التبصر بأدوار وأحاسيس الشخصيات الاجتماعية المختلفة . ونشعر أن التمثيل قد نجح في احداث هذه الآثار مع ضعاف العقول بما لم تنجح به طريقة تعليمية أخرى معهم .

المستوى الثانى :

١ - لوحظ أن عددا كبيرا من أطفال مجموعتنا ينتمى الى أسر مفككة أو الى آباء أهملوا الطفل أهلا تاما ، كما أن من المعروف أن كثيرين من آباء ضعاف العقول يسيئون معاملة أطفالهم عادة ، فبعضهم يبالغ فى العطف على طفله ويشوب القلق والجزع جميع سلوكه نحوه ، وأغلبهم يبالغ فى اهانة الطفل وتحقيره ويسلك سلوكا يفصح عن الرغبة فى التخلص منه .

والملاحظات السابقة تشير الى مراكز الهجوم التى رأينا أن يتجه اليها التمثيل على المستوى الثانى مع هؤلاء الأطفال ، ونعنى بها المواقف المشحونة انفصاليا المرتبطة بالأسرة وعلاقات أفرادها وبالمعاملة التى تلقاها الأطفال فيها .

وإذا أدخلنا فى الاعتبار صعوبة استخلاص ظروف الأطفال محدودى الذكاء بطريق التحادث معهم ، والرأى السائد عن استحالة اجراء التحليل النفسى مع ضعاف العقول ، فإن السيكدوراما تصبح وسيلة ذات شأن خاص فى حالتهم وأهمية قد تزيد عن أهميتها فى مجالات أخرى !

وفستطيع القول بأن السيكدوراما بالصورة التى استخدمناها أتاحت فرصة فريدة انتفع منها كل من الأطفال والمعالج - فمن وجهة نظر المعالج ، كانت الألفاظ التى عبر بها الأطفال عن مكونات ذواتهم فى المواقف التمثيلية ذات دلالة لا تقيم فى التشخيص ، ومن الناحية الأخرى شعرنا أن الأطفال قد أفادوا كثيرا من تفريغ احساساتهم ومشاعرهم المرتبطة بالمواقف الأسرية التى مثلوها ، كما ساعد استخدامنا لطريقة « الأدوار المتعاكسة » على استبصار الأطفال بمشاعر واحساسات الأطراف الأخرى فى علاقاتهم الأسرية .

والمثل الآتى يوضح لما نقول :

اختير طفلان وعهد الى أحدهما تمثيل دور « الأب » والى آخر دور « الابن » وطرح أمامهما هذا الموقف للتمثيل (ابن غاضب من أبيه - لماذا ؟) وترك الطفلان للتعبير الحر دون أى تدخل أو مساعدة :

فلما انتهى هذا الفصل ، طلب من ممثل الأب أن يمثل الابن وبالعكس ، وطرح أمامهما الموقف المضاد (أب غاضب من ابنه - لماذا ؟) .

وبتجربة هذين الموقفين مع عدد كبير من الأطفال ، حصلنا على استجابات اختلفت باختلاف الأطفال ، فكان لها دلالتها على ظروفهم ومشكلاتهم الأسرية !

ومن المواقف التى جريت أيضا هذا الموقف (زوج غاضب من زوجته - لماذا ؟) والموقف المضاد (زوجة غاضبة من زوجها - لماذا ؟) ومواقف أخرى شبيهة تتضمن أنواعا شتى من الانفعالات والعلاقات داخل الأسرة .

ولقد شارك الأطفال بحماس فى التمثيل . وكان الذى وقر فى أذهانهم أنهم يؤدون درسا من دروس التمثيل فبالغ بعضهم فى استخدام خياله ، ولم تخل عباراته مع ذلك من مغزى يرتبط بمواقف حياته الخاصة . وقد كانت السيكودراما بذلك وسيلة اسقاطية من الطراز الأول ، وكان لها بهذا الوصف أهمية كبيرة فى تشخيص الصعوبات الانفعالية للأطفال ، وخصوصا اذا أضيفت المعلومات المستنتجة منها الى ما يمكن استنتاجه من رسوم الأطفال التلقائية ومن لعبهم التلقائى فى أوقات فراغهم ، حيث يسقط الأطفال فى ذلك أيضا انفعالاتهم ومشاعرهم .

الفصل الثامن

تشكيل المجموعة العلاجية

إذا كان العلاج الجمعى يعتمد على التفاعلات والتأثيرات المتبادلة بين أفراد مجموعة العلاج ، فإن « الفن » الحقيقى فى هذا العلاج والمجور الأول الذى يدور حوله هو فى « اختيار » أفراد المجموعة العلاجية و « توفيقهم » بعضهم الى بعض ، بحيث يؤثر كل فرد على المجموعة تأثيرا مرغوبا فيه ، وبحيث يتأثر كل فرد - فى الوقت نفسه - بالأفراد الآخرين تأثيرا مناسباً لعلاجهم . وليس ذلك بالفن السهل ، بل انه لأمر يتطلب كثيرا من الحذق والمهارة والدراية بالأنماط الشخصية المختلفة والقدرة على التنبؤ بنتائج التفاعل بين الشخصيات وبين أنواع الخبرات والاتجاهات والتأثيرات .. وهو بعد ذلك أمر يحتاج الى الكثير من التجريب والمحاولة حتى يصل المعالج الى « التوليفة » المحكمة المضبوطة لأعضاء مجموعة العلاج !

ونستعرض فيما يلى أمثلة لما يلجأ اليه بعض المعالجين فى سبيل تشكيل مجموعات العلاج :

تعتمد « سلافسون » وهو الذى اشتغل بالعلاج الجمعى للأطفال والأحداث ، أن تضم مجموعاته أربعة عناصر من الأطفال - قسم منهم ممن يتصفون بالعدوان ، وقسم ثان ممن يتميزون بالإيجابية والنشاط ، وقسم ثالث من الأطفال الانسحابيين ، وقسم رابع ممن يمكن أن نسميهم عاديين أو متوسطين .

ومن رأيه أن هذا التشكيل يحقق للمجموعة التوازن ، وأن المجموعة اذا اقتصرَت على الأطفال الانسحابيين وحدهم فإن أغراض العلاج لا يمكن لها أن تتحقق ، إذ أن كل فرد فيها سيجتهد الى الانعزال وتوظيف نفسه فى عمل

خاص . أما اذا تشكلت المجموعة من غالبية من ذوى الهول العدوانية فان سلوكها يقترب فى هذه الحالة من « الهستيريا الجماعية » !

ويراعى « سلافسون » أيضا فى تشكيل مجموعات التقارب فى مستوى النضج الوجدانى والاجتماعى ، وذلك بغية تحقيق توازن المجموعة وتيسيرا للتفاعل بين أعضائها . ويلفت النظر الى وجوب اعادة تشكيل المجموعة متى تبين أن تشكيلها القائم يؤدي الى تدعيم مشكلات بعض أفرادها ، أى بعد التجربة الواقعية .

ويقر « أكرمان » وجهة نظر « سلافسون » من حيث أفضلية اشتغال المجموعة على عدد من الخجولين الى جانب أعضائها العدوانيين على أساس استفادة كل فئة من اطلاعها على نموذج سلوك الفئة الأخرى . ويضيف أنه من المفيد أحيانا تضمين المجموعة فردا أو أكثر يمثل نمطا معينا من السلوك أو يكون له تأثير انفعالى خاص مرغوب فيه .

ويهتم عدد من المعالجين - وأغلبهم ممن يعتمدون على طريقة المحاضرة والشرح - بأن تكون المجموعة متجانسة من حيث الناحيتين الذهنية والاجتماعية ، وذلك حتى يتسنى للمعالج أن يحدث أفراد المجموعة على مستو يناسب الجميع . ورأى هؤلاء شبيهه بالرأى الذى ينشأ - فى التعليم - بتقسيم تلاميذ الصف الواحد الى فصول متجانسة من حيث الذكاء تيسيرا لمهمة المدرس فى الشرح واعداد الدروس . وبديهي أن هذا الشرط الذى قد يكون مفيدا اذا قام التعليم على الاستماع لشرح المدرس ، لا يصبح أساسيا اذا قام التعليم على نشاط التلاميذ واشتراكهم فى أساليب عملية لاكتساب المعرفة والمهارة . ومثل ذلك تماما يقال عن العلاج الجمعى واعتماده على نشاط المرضى وفاعلياتهم وتفاعلهم معا أو اعتماده على سلبية المرضى ونشاط المحاضر وحده !

ويختار بعض المعالجين مرضاهم للمجموعات على أساس تشابه الأعراض

- وبخاصة في حالات معينة كميوب الكلام - أو على أساس تشابه أنماط الشخصية ويختار البعض الآخر أفراد مجموعات العلاج على أساس علم التجانس في الأعراض والمشكلات وتعتمد الجمع بين أنماط شخصية معينة من المرضى • ويرى فريق ثالث أن التشخيص والأعراض المرضية لا ينبغي أن تكون أساسا لاختيار المرضى للمجموعات العلاجية ، وأن اعتبارات الأساسية لهذا الاختيار هي ما اذا كانت شخصية المريض وحالته العامة تؤهله للانخراط في المجموعة ، وما اذا كان قد بلغ مرحلة - في علاجه الفردي - تهيئه لذلك ، وأخيرا ما لم تكن هناك اعتبارات خاصة تجعل وجوده وسط الآخرين مثيرا أو مزعجا لهم !

ونجد كذلك في بعض صور العلاج الجمعي كالأندية الاجتماعية العلاجية شتاتا من المرضى وأصدقائهم وأقاربهم • ويقول « بيرر » صاحب فكرة هذه الأندية أن من مزايا ذلك أن عددا غير قليل من الأقارب والأصدقاء الذين يستدعيهم المرضى لمشاركتهم في اجتماعات النادي العلاجي ، هم في حقيقة الأمر مرضى في المراحل المبكرة للمرضى ، وهي المراحل التي يتمنى المعالجون لو قابلوا مرضاهم خلالها قبل أن يستفحل بهم المرض !!

كذلك نجد تفاوتا كبيرا في حجم المجموعات العلاجية • فبينما يدعو عدد من المشتغلين بالعلاج الجمعي الى عدم زيادة عدد أفراد المجموعة عن ثمانية (وبعضهم يفضل أن يقتصر عددهم على خمسة فقط) حتى لا يصبح جسو المجموعة مشحونا بالحركة وبالتيارات المتعارضة أكثر مما ينبغي ، نرى أن حجم بعض مجموعات المحاضرات يصل الى ٤٠ أو أكثر (وقد وصل هذا العدد الى مائة مريض في محاضرات جوتز السابق الحديث عنها) ويعلق « سنودن » على الأوضاع السابقة المتعددة بقوله ، ان هدف

العلاج هو الذى يحدد فى الواقع حجم المجموعة ونوع تشكيلها المتجانس أو غير المتجانس وما اذا كان يحسن أن يكون أفرادها متشابهين فى مشكلاتهم الانفعالية أو يمثلون أنماطا سلوكية متناقضة .

أما « مورينو » فيرى رأيا آخر فى الموضوع برمته - ذلك أنه وقد بنى نظريته فى العلاج الجمعى أساسا على العلاقات الاجتماعية التى تنشأ بين المرضى ، فقد أنشأ لهذه العلاقات مقياسا أسماه « الاختبار السوسيومترى » (١) وهو أداة لتشخيص الجماعة كما هو أداة لدراسة الشخصية الفردية أثناء تفاعلها الحركى ، أى أثناء تعامل الفرد مع غيره من الأفراد .

ويترتب على تطبيق هذا المقياس امكان إعادة تنظيم الجماعة بحيث تتحقق لها الوحدة والترابط ، أو بحيث يصبح النظام الجديد أكثر عونا للجماعة على تنفيذ أغراضها . وبالنسبة للفرد ، يترتب على هذا التطبيق دراسة التأثيرات المختلفة لوضعه الخاص فى الجماعة ، وامكان نقله - اذا لزم الأمر - الى الجماعة التى يستطيع أن يكون فيها علاقات مهيئة لتكيفه النفسى السليم ولاشباع حاجاته العاطفية .

ويذهب مورينو الى أن أى علاج جمعى لا يصح أن يتسمى بهذا الاسم ان تم يستند الى الاختبار السوسيومترى فى تشكيل مجموعة العلاج ووصف أسلوب العلاج المناسب . فكما أن العلاج الطبى بجميع أنواعه يقتضى القيام بالتشخيص قبل البدء فى العلاج ، فهكذا الأمر فى العلاج النفسى الجمعى الذى يجب أن يقوم على تشخيص علمى للمجموعة العلاجية .

ويقوم الاختبار السوسيومترى على أساس ادلاء كل فرد من أفراد جماعة ما - بكيفية سرية - بأسماء الأفراد الذين يحب والأفراد الذين يكره أن

(١) انظر :

صموئيل مفاريوس ، قياس العلاقات العاطفية بين أفراد الجماعة ، من منشورات العيادة النفسية بكلية التربية ، ١٩٥٧ .

يُشارَكوه في موقف معين ينص عليه في الاختبار . ويجب أن يكون هذا الموقف من بين المواقف التي تتعرض لها الجماعة فعلا في حياتها المشتركة أو التي لها مغزى هام بالنسبة للفرد نفسه ، والا فقد الاختبار قيمته الاستدلالية .

ويمكن فحص نتائج الاختبار بطرق رياضية مختلفة ليس هذا مجال الخوض في تفصيلاتها ، كما يمكن التعبير عن هذه النتائج بأكثر من صورة من صور التعبير البياني التي تفيد في توضيح شبكة العلاقات الاجتماعية داخل الجماعة . وتفصح شبكة العلاقات هذه عن عدة أشياء بالنسبة للجماعة وللأفراد المنخرطين فيها :

- فأما من جهة الجماعة ككل ، فإن هذه الشبكة توضح مدى التماسك والترابط في الجماعة ، وما يجوز أن يقوم في الجماعة من انقسامات داخلية إلى عشائر أو مجموعات جزئية منفصلة أو شبه منفصلة . فيمهد التخطيط البياني بذلك لدراسة أسباب الانقسام في الجماعة وطبيعة المجموعات الفرعية والمقومات التي تستند إليها . وقد تكون هذه المقومات في بعض الأحيان شكلا من أشكال التعصب الديني أو الطبقي أو الجنسي الخ .

ويتيح التخطيط أيضا التنبؤ بطريقة انتشار الأفكار وخط سير التأثيرات الإيحائية من فرد لآخر في الجماعة .

- وأما من جهة أفراد الجماعة ، فإن التخطيط يستطيع أن يكشف عن « النجوم » في الجماعة - كما يطلق عليهم مورينو - الذين يسهل عن طريقهم التأثير في الآخرين وقيادتهم ، وكذلك الأفراد « المعزولين » عزلة تامة أو جزئية ، وهم الذين يحتاج وضعهم إلى دراسة خاصة للتفكير في الوسائل التي يمكن أن تعين على تحسين وضعهم داخل الجماعة أو في تحويلهم إلى جماعة أخرى يمكن أن يصبحوا أكثر تكيفا معها !

ويفيد التخطيط أيضا في تحليل وضع أى عضو فى الجماعة عن طريق دراسة « ذرته الاجتماعية » التى تصور الاختيارات المتجهة منه الى الآخرين والمتجهة من الآخرين اليه ، ونوع الأفراد الذين يتأثر بهم والذين يؤثر فيهم ، ومدى تمتعه بعلاقات متبادلة داخل الجماعة (قد يختار أحد الأفراد فردا آخر ولكن الفرد الآخر لا يبادل هذا الاختيار) مما يهين للحكم على مدى اشباع الجماعة لحاجة هذا العضو من أعضائها الى الاستجابة العاطفية ومدى مناسبتها له كجماعة علاجية .

ويمكن باعادة تطبيق المقياس على فترات متباعدة تتبع التغيرات التى طرأت على علاقات أحد أعضاء الجماعة والتطور فى مركزه النسبى ، وكذلك تتبع التغير فى شكل الجماعة وتكوينها العام .

هذه خلاصة سريعة للآراء المتعددة حول طريقة تشكيل المجموعة العلاجية . ونعود فنقول بأن العلاج الجمعى اذا كان له أن يعتمد على التفاعلات والتأثيرات المتبادلة بين أفراد مجموعة العلاج ، فان « الفن » الحقيقى فيه هو فى « اختيار » أفراد المجموعة العلاجية و « توفيقهم » بعضهم الى بعض ، بحيث يؤثر كل فرد على المجموعة تأثيرا مرغوبا فيه ، وبحيث يتأثر كل فرد فى الوقت نفسه بالأفراد الآخرين تأثرا مناسبا لعلاجه !!

المصادر العربية

نظرا لطبيعة الدراسة التي يحتويها هذا الكتاب ، فقد كان من أهم مصادره الإحصاءات والوثائق الرسمية وتقارير اللجان والمؤتمرات المحلية ، وكذلك البحوث العلمية التي أجريت في الجمهورية العربية المتحدة وبعض المؤلفات العربية المتصلة بموضوع الكتاب . وفيما يلي قائمة بهذه المصادر :

(أولا) : مصادر عامة :

أسبوع الأحداث (الأول ، الثاني ، الثالث) ، إدارة العلاقات العامة
بوزارة الشؤون الاجتماعية ، ١٩٦٢ - ١٩٦٤ .

أضواء على الثورة ، إدارة العلاقات العامة بجامعة عين شمس ، ١٩٦٣ .

أطلس الخدمات ، المجلس الدائم للخدمات العامة ، ١٩٥٥ .

الكتاب السنوي للإحصاءات الاجتماعية ، إدارة الإحصاءات الاجتماعية
بوزارة الشؤون الاجتماعية ، يناير ١٩٦٨ .

المؤتمر الثالث لتدريب العاملين مع الطفولة ، الإدارة العامة للتدريب
بوزارة الشؤون الاجتماعية ، ١٩٦٩ .

بحث احتياجات الطفولة في الجمهورية العربية المتحدة (مجلد الوثائق
- الجزء الثاني) ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ، ١٩٦٨ .

بحوث ودراسات في الخدمة الاجتماعية المدرسية ، التربية الاجتماعية -
إدارة رعاية الشباب بنين ، ١٩٦١ .

تعريف بالوثائق التربوية ، مركز الوثائق التربوية بوزارة التربية والتعليم،
(السلسلة بأكملها) .

حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية ، جامعة الدول العربية ،
القاهرة ، ١٩٦٩ .

خطة العشر سنوات : المؤتمر الأول للتربية الاجتماعية للشباب ، ١٩٦١ .

خطة رعاية الشباب ، المجلس الأعلى لرعاية الشباب ، ١٩٦٢ .

مجلس الخدمات منذ انشائه ، المجلس الدائم للخدمات العامة ، يوليو
١٩٥٥ .

مجلة التربية الحديثة (عدد خاص عن رعاية المتخلفين عقليا) ، ديسمبر
١٩٦٨ .

مفكرة الاحصاءات الاجتماعية ، ادارة الاحصاءات الاجتماعية بوزارة
الشئون الاجتماعية ، نوفمبر ١٩٦٧ .

(ثانيا) : بحوث علمية ومؤلفات :

احمد زكى صالح : المقومات السلوكية فى مجتمعنا الاشتراكي ، فى
« صحيفة التربية » ، مايو ١٩٦٤ .

السيد محمد خيرى وآخرون : (ترجمة كتاب جون بولبى) : رعاية الطفل
وتطور الحب ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٥٩ .

انيس عبد الملك وآخرون : خدمة الجماعة فى المجتمع الاشتراكي ،
الانجلو ، القاهرة ، ١٩٦٤ .

خطاب عطية على : جهود وزارة التربية والتعليم فى ميدان رعاية المتخلفين
عقليا ، فى « مجلة التربية الحديثة » ، ديسمبر ١٩٦٨ .

رمزية الغريب : وضع مقاييس ذكاء موحدة للطفل العربي ، فى « حلقة
تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية ، جامعة الدول العربية ، القاهرة ،
١٩٦٦ .

سعد جلال : التوجيه النفسى والتربوى والمهنى ، النهضة المصرية ،
القاهرة ، ١٩٥٧ .

سيد عويس : دراسة عن الأسر المتصدعة وعلاقتها بجناح الأحداث ،
فى « الحلقة الأولى لمكافحة الجريمة » ، المركز القومى
للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة ، ١٩٦١ .
حجم مشكلة جناح الأحداث واتجاهاتها وعواملها فى
الجمهورية العربية المتحدة ، فى « المجلة الجنائية القومية » ،
يوليو ١٩٦٥ .

صبرى جرجس : الطب النفسى فى الحياة العامة ، النهضة العربية ،
القاهرة ، ١٩٦١ .

صلاح الحمصانى : خدمات وزارة الشؤون الاجتماعية فى مجال رعاية
وتأهيل المتخلفين عقليا ، فى « مجلة التربية الحديثة » ،
ديسمبر ١٩٦٨ .

صلاح مخيمر : سلسلة « الكيف العربى يتحدث » ، الانجلو ، ١٩٦٠ -
١٩٦١ .

صموئيل مغاريوس : استخدام التمثيل فى العلاج النفسى ، فى « صحيفة
التربية » ، نوفمبر ١٩٥٥ .

: الأساليب التمثيلية فى تربية وعلاج ضعاف العقول ،
فى « صحيفة التربية » مارس ١٩٥٦ .

: قياس العلاقات العاطفية بين أفراد الجماعة ، من
منشورات العيادة النفسية بكلية التربية ، ١٩٥٧ .

صهوليل مفاريونس : العلاج الجماعى لعلالات اللجلجة ، فى « مجلة الصلحة النفسية » ، دلسمبر ١٩٦٠ .

« : الفكرة المتسلطة - دراسة اكلينيكية عربية ، النهضة المصرية ، ١٩٦٤ .

« مظاهر الاعاقة وطرق الكشف عنها ، فى « حلقة تربىية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية ، جامعة الدول العربية ، القاهرة ، ١٩٦٩ .

« التربية الخاصة للمتخلفين عقليا ، فى « حلقة تربىية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية ، جامعة الدول العربية ، القاهرة ، ١٩٦٩ .

« (ترجمة كتاب مكسويل جونز) : الطب النفسى الاجتماعى ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٦١ .

عبد السلام عبد الغفار ، وهلى براده : التعرف على حالات التخلف العقلى ، فى « صحيفة التربية » ، مارس ١٩٦٦ .

عبد العزيز القوصى : التفيرات الاجتماعية والثقافية فى مصر وعلاقتها بالصحة النفسية ، فى « الكتاب السنوى فى علم النفس » ، القاهرة ، ١٩٥٤ .

عبد العزيز فتح الباب : انحراف الأحداث والوضع الحالى للنظم المتبعة فى علاجهم بمصر ، لجنة التأليف والترجمة والنشر ، القاهرة ، ١٩٥٧ .

عبد المنعم المليجى : خبراء النفوس ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ١٩٥٦ .

عثمان لبيب فراج : دور المدرسة فى رعاية المتخلفين عقليا ، فى « مجلة التربية الحديثة » ، ديسمبر ١٩٦٨ .

عطية محمود هنا : التوجيه التربوى والمهنى ، النهضة المصرية ، القاهرة ، ١٩٥٩ .

التوجيه المهنى للمتخلفين عقليا ، فى « مجلة التربية الحديثة » ، ديسمبر ١٩٦٨ .

كمال الدين أحمد خواسك : تعليم المكفوفين فى الجمهورية العربية المتحدة ، فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية » ، جامعة الدول العربية ، القاهرة ، ١٩٦٩ .

محمد عبد المنعم نور : تأهيل المكفوفين وضعاف البصر ، فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية جامعة الدول العربية » ، القاهرة ، ١٩٦٩ .

محمد فتحى : مشكلة التحليل النفسى فى مصر ، مطبعة مصر ، القاهرة ، ١٩٤٦ .

محمد نجاح بسيونى : تقرير عن المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين بالزيتون ، فى « حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية » ، جامعة الدول العربية ، القاهرة ، ١٩٦٩ .

مختار حمزه : العوامل الفعالة فى شخصيات الأحداث المشردين فى البيئة المصرية ، فى « مجلة علم النفس » ، عدد ٣ (مجلد ٨) ، ١٩٥٣ .

تأهيل العجزة وذوى العاهات ، فى « الكتاب السنوى فى علم النفس » ، القاهرة ، ١٩٥٤ .

ميكولوجية ذوى العاهات ، مؤسسة التأهيل المهنى ، القاهرة ، ١٩٥٦ .

- مصطفى فهمى : أمراض الكلام ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ١٩٥١ .
- » : تطبيق اختبار الاتجاهات العائلية على حالات مصرية ،
دار مصر للطباعة ، القاهرة ، ١٩٥٩ .
- » مجالات علم النفس (المجلد الثانى) - سيكولوجية
الأطفال غير العاديين ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ١٩٦٥ .
- » علم النفس الاكلينيكي ، مكتبة مصر ، القاهرة ، ١٩٦٧ .
- » : التربية الخاصة للصم وضعاف السمع ، فى « حلقة
تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية »، جامعة الدول
العربية ، القاهرة ، ١٩٦٩ .
- مصطفى فهمى ، وهدي براده : دليل المعلم فى التربية السمعية والتدريب
على الكلام ، دار مصر للطباعة ، القاهرة ، ١٩٦٧ .
- يوسف محمود الشيخ ، وعبد السلام عبد الغفار : سيكولوجية الطفل غير
العادى والتربية الخاصة ، النهضة العربية ، القاهرة ،
١٩٦٦ .
- أما بحوث الماجستير والدكتوراه غير المنشورة ، فقد اكتفينا بالإشارة إليها
فى هوامش الصفحات من قبل .

المصادر الأجنبية

استعين بالمصادر التالية في الدراسة الخاصة بالعلاج النفسي الجمعي
في الكتاب :

BIERER, J., Ed., Therapeutic Social Clubs, H.K. Lewis & Co. Ltd., London, (N.D.)

The Day Hospital, H.K. Lewis & Co. Ltd., London, 1951.

FOULKES, S.H., Remarks on Group Analytic Psychotherapy, in «Group Psychotherapy», Vol. Iv, Nos. 1&2 1951.

, Group Psychotherapy. (The Psycho-analytic Approach)
Pelican Books (A 370).

GREENE, J.S., Interview Group Psychotherapy for Speech Disorders, in Slavson, S.R., Ed., «The Practice of Group Therapy». The Pushkin Press, London 1947

MORENO, J.L., Who Shall Survive ?, Nervous & Mental Disease Publishing Co., Washington, 1934.

, An Objective Analysis of the Group Psychotherapy Movement, in «Group Psychotherapy», Vol. XIII, Dec. 1960.

, Ed., The International Handbook of Group Psychotherapy, Philosophical Lib., N.Y., 1966.

, Ed., Group Psychotherapy: A Symposium, Beacon House, N.Y., 1945.

SLAVSON, S.R., Ed., The Practice of Group Therapy, The Pushkin Press, London, 1947.

TAWADAROS, SAMUEL MAGHARIUS, Group Psychotherapy for Stutterers, in «International Journal for Sociometry», Vol. 1, No. 1, 1957.

, Factors in Group Pherapy, in «International Journal of Social Psychiatry», Vol 2., 1956.

فضلا عن أعداد المجلات العلمية الآتية :

International Journal of Sociometry & Sociatry.

» » » Group Psychotherapy.

» » » Social Psychiatry.

Group Psychotherapy ; A Quarterly.

فهرس

صفحة

مقدمة :

قضية الكتاب

١

الفصل الأول :

الصحة النفسية ومستوياتها

٧

● أهداف التخطيط للصحة النفسية

٩

● نقطة البداية فى جهود الصحة النفسية

١٠

تقرير عن مشكلات الصحة النفسية فى المجال
العلاجى فى الجمهورية العربية المتحدة

الفصل الثانى :

علاج المرضى النفسيين والعقليين

١٦

● مستشفيات الأمراض العقلية الحكومية

٢٠

● مشكلات العلاج فى مستشفياتنا العقلية

٢٨

● المستشفيات الخاصة

٣١

● العيادات النفسية الخاصة

٣٤

● حيرة المرضى النفسيين ازاء وجهة العلاج

٣٤

● مواجهة الأزمة

٣٥

● بعض الصعوبات الخاصة للعلاج النفسى فى ج٠ع٠م٠

٣٨

● من الذى يتولى العلاج النفسى ؟

٤٥

الفصل الثالث :

خدمات الارشاد النفسى

٥٣

● عيادات الارشاد النفسى

٥٤

صفحة

- ٦١ ● مقترحات بصدد الارشاد النفسى فى الجامعات
- ٦٢ ● مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية
- ٦٧ ● الارشاد النفسى بالمدارس

الفصل الرابع :

رعاية وتأهيل المعوقين

٧١

(١) القاصرون عقليا

٧١

- ٧٢ ● تشخيص القصور العقلى
- ٧٧ ● رعاية وتأهيل القاصرين عقليا
- ٨٠ ● مؤسسات الاعاقة العقلية فى ج.ع.م
- ٨٨ ● مبادئ رعاية ضعف العقول

٩٥

(٢) المكفوفون وضعاف البصر

٩٧

- ٩٧ ● الدراسات المصرية عن المعوقين بصريا
- ١٠٠ ● تعليم المكفوفين فى ج.ع.م
- ١٠٢ ● تعليم ضعاف البصر فى ج.ع.م
- ١٠٤ ● التأهيل الاجتماعى المهنى للمعوقين بصريا
- ١٠٩ ● المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين بالزيتون

١١٣

(٣) الصم وضعاف السمع

١١٤

- ١١٤ ● الدراسات المصرية عن المعوقين سمعيا
- ١١٦ ● تعليم الصم فى ج.ع.م
- ١٢٠ ● معهد السمع والكلام بامبابه

صفحة

١٢٢

(٤) ذوى العاهات البدنية

● مراكز ومكاتب التأهيل الاجتماعى لذوى العاهات

١٢٢

البدنية فى ج ٢٠٠٤ م

١٢٣

● مركز التأهيل للمحاربين القدماء بالعجوزة

١٢٣

● الدراسات المصرية عن ذوى العاهات

١٢٥

● التأهيل المهنى لذوى العاهات

الفصل الخامس :

١٢٩

رعاية الأحداث المنحرفين

١٣٠

● تطور أساليب رعاية الأحداث فى ج ٢٠٠٤ م

١٣٩

● مؤسسات الأحداث فى ج ٢٠٠٤ م

١٤٤

● نوعية الرعاية فى المؤسسات

١٤٧

● جناح الأحداث فى الدراسات المصرية

١٥٥

● توجيه الأحداث المعرضين للانحراف

لمحة عن العلاج النفسى الجمعى

الفصل السادس :

١٦١

الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسى الجمعى

الفصل السابع :

١٨١

الطرق المستخدمة فى العلاج النفسى الجمعى

الفصل الثامن :

٢٠٥

تشكيل المجموعة العلاجية

للمؤلف

- **أضواء على المراهق المصرى - مكتبة النهضة المصرية .**
- **الفكرة المتسلطة : دراسة إكلينيكية عربية - مكتبة النهضة المصرية .**
- **الطب النفسى الاجتماعى (مترجم) - دار المعارف .**
- **الصحة النفسية للأسرة (مترجم) - مؤسسة الخانجى .**



مكتبة المتحف والكتب
مكتبة المتحف المصري
لأنها بها حسن محمد وأولاده
شارع عدلي باشا بالقاهرة

Bibliotheca Alexandrina



0617032

دار الطباعة الحديثة

١ كنية الزمعة - أول شارع الجيزة
ت ١٠٨٢١٨ - س ٨٩٦٩١